

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ  
БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

## **Инструкции, формы и шаблоны для работы НКО**

**Сборник материалов по взаимодействию  
общественных организаций пациентов со СМИ,  
органами власти, пациентами и их родственниками**

**Под редакцией Я.В. Власова, М.В. Чуракова**

Самара, 2015

**ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ  
БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

## **ИНСТРУКЦИИ, ФОРМЫ И ШАБЛОНЫ ДЛЯ РАБОТЫ НКО**

**Сборник материалов по взаимодействию общественных организаций  
пациентов со СМИ, органами власти, пациентами и их родственниками**

**«Инструкции, формы и шаблоны для работы НКО. Сборник материалов по взаимодействию общественных организаций пациентов со СМИ, органами власти, пациентами и их родственниками»** / Е.В. Ануфриева, Н.И. Артемюк, Т.И. Бежанова, А.Г. Бельтюкова, С.В. Ветохина, Я.В. Власов, А.А. Гавриленко, С.В. Горонкова, Г.М.Жаворонкова, П.Ю.Злобин, О.Ю. Ипатов, Н.Ф. Кичигина, О.В. Лавров, И.С. Лозовская, А.В. Мантуров, М.В. Михеева, Н.Ю. Морозова, Т.В. Соболева, Г.А. Спижевой, А.Г. Сташенко, Н.А. Кузнецова, С.В. Полянский, А.Л. Фролов, И.В. Цикорин, Л.М. Чеглакова, М.В. Чураков, Т.М. Шерстнева, Ф.В. Шишлянников; Под ред. Я.В.Власова, М.В.Чуракова. - Самара, 2015. – 196 с.

Предлагаемое издание является пакетом инструктивных и информационных материалов по организации работы специалистов НКО с внешней и внутренней общественностью – пациентами и их родственниками, представителями органов власти, профессиональной общественности, СМИ.

Основой книги является практический опыт ОООИБРС и ее партнеров по построению системы комплексной и непрерывной социальной реабилитации пациентов через оптимизацию работы государственных служб, активизацию ресурсов социальных партнеров пациентских НКО и микросоциального окружения пациентов - семьи, друзей, коллег.

Практика работы Центров семейной реабилитации показывает, что такой подход имеет большие перспективы при условии обобщения полученного опыта и трансляции его в другие регионы, где он может быть поддержан социально ориентированными некоммерческими организациями, работающими с пациентами с неврологическими заболеваниями.

Настоящий сборник материалов предназначен менеджерам НКО, специалистам в области реабилитации, организаторам здравоохранения.

Сборник подготовлен в рамках реализации ОООИБРС Программы «Распространение модели семейной социальной реабилитации больных неврологическими заболеваниями и организация ресурсной поддержки пациентских НКО», и является частью итогового информационного пакета, в который входят настоящее издание и ««Лучшие практики НКО. Сборник материалов по организации социальной реабилитации инвалидов»».

Настоящее издание осуществлено на средства субсидии из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации Общероссийской общественной организаций инвалидов – больных рассеянным склерозом на основании Соглашения № С-823-ОФ/Д19 от 11 декабря 2013 г.

Подписано в печать 23.03.2015 г.

Формат А4 210 х 297

Тираж 500 экз.

Отпечатано в ООО «Шелковый Путь»

© Общероссийская общественная организация инвалидов – больных рассеянным склерозом.

© Министерство экономического развития Российской Федерации.

<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b>	4
<b>2. ИНСТРУКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ НКО</b>	
2.1. Зачем НКО быть юридическим лицом?	6
2.2. Инструкция по регистрации общественной организации	12
2.3. Целеполагание и этические ориентиры НКО	15
2.4. Концепция НКО	17
2.5. Инструкция по подготовке исходящей документации НКО	22
2.6. Инструкция по работе с грантами	34
2.7. Инструкция по работе со СМИ	36
2.8. Инструкция по работе с органами власти	41
2.9. Инструкция по работе с врачами и пациентами	63
2.10. Инструкция по работе с НКО пациентов с фармацевтическими компаниями	68
<b>3. МАТЕРИАЛЫ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ</b>	
3.1. Модуль «Психологическая поддержка инвалидов и их родственников»	71
3.2. Модуль «Уход за инвалидом на дому и самообслуживание»	75
3.3. Модуль «Адаптивная физкультура для инвалидов»	112
3.4. Модуль «Пальчиковый тренинг»	131
3.5. Модуль «Средства технической реабилитации, бытовая реадаптация, самообслуживание»	133
3.6. Модуль «Музыкальная реабилитация (караокетерапия)»	135
3.7. Модуль «Музыкальная реабилитация (музыкотерапия)»	136
3.8. Модуль «Информационные технологии»	137
3.9. Модуль «Прикладное творчество как средство восстановления мелкой моторики»	139
3.10. Модуль «Юридическая подготовка»	142
3.11. Информационный материал «Индивидуальная программа реабилитации инвалида» (ребенка - инвалида)	143
3.12. Информационный материал «Обучение детей-инвалидов»	150
3.13. Информационный материал «Льготы предоставляемые инвалидам»	154
3.14. Информационный материал «Получение услуг медико-социальной экспертизы»	164
3.15. Информационный материал «Как получить технические средства реабилитации»	172
3.16. Информационный материал «Как получить профессию инвалиду»	192

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Некоммерческие организации (НКО, ННО, НГО) сегодня стали важным звеном в общественно – государственном взаимодействии.

НКО с одной стороны удовлетворяют запрос общественности на самоорганизацию, те или иные виды деятельности и услуг, взаимной помощи, с другой - являются связующим звеном между обществом и государством, обществом и различными секторными структурами – бизнеса, профессиональных сфер и тд., проводником информации, делегатом общественности в органах власти и в социальных структурах. А с третьей стороны НКО являются катализаторами и организаторами процессов и структур, создаваемых в интересах целевых групп.

Они привлекают внимание, ставят задачи, вовлекают социальных партнеров и их ресурсы. Работа НКО гибко оптимизирует социальную организацию общества, гуманизируя управление и перераспределяя ресурсы общества и государственной системы в соответствии с запросами локальных групп, нуждающихся в поддержке или готовых оказывать таковую. То есть НКО содействуют созданию социального капитала и способствуют наиболее оперативному и эффективному его вложению.

Деятельность пациентских НКО, направленная на помощь пациентам, и организующая общественное участие в решении проблем, является еще и общественно полезной в самом широком смысле. Благодаря ей люди, нуждающиеся в помощи, не только получают ее как пассивные иждивенцы, но и сами оказывают услуги обществу и государству, реабилитируя себя как активных и социально эффективных граждан.

Представляющая собой значительный ресурс социального и государственного развития, будучи массовой и бурно развивающейся, деятельность НКО, как и всякая другая нуждается в системном и целеположенном управлении.

Пациентское сообщество нуждается в соорганизации, НКО пациентов нуждаются в профессиональном развитии, а сообщество организации пациентов – в координации усилий в рамках общего движения по улучшению системы помощи российским пациентам. Для решения общих вопросов развития здравоохранения региональные пациентские НКО сегодня сорганизуются в более крупные структуры. Так Общероссийская организация инвалидов – больных рассеянным склерозом, являясь системой общественных региональных организаций пациентов, входит в сообщество Всероссийского конгресса пациентов и Всероссийского союза пациентов. В общей сети последних присутствуют более 100 пациентских НКО и локальных пациентских сообществ, представляющих интересы нескольких миллионов граждан – пациентов и их близких.

В этой ситуации важнейшей задачей становится создание методологии работы НКО, выявление и распространение лучших практик, разработка методических, инструктивных, информационных материалов, обучение активистов НКО и организация обмена опытом между ними.

Программа ООИБРС «Распространение модели семейной социальной реабилитации больных неврологическими заболеваниями и организация ресурсной поддержки пациентских НКО», реализуемая на средства субсидии из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставленной

Министерством экономического развития Российской Федерации, направлена на решение части этой задачи.

Программа предполагает формализацию и распространение среди некоммерческих организаций опыта ОООИБРС по развитию пациентского движения, пациентских НКО, в целом, а так же в рамках модели «Центра семейной реабилитации инвалидов», разработанной и воплощенной в жизнь специалистами ОООИБРС.

Центр семейной реабилитации инвалидов – общественная структура. Основной идеей его существования является дополнение работы государственных служб и создание системы комплексной и непрерывной социальной реабилитации пациентов через организацию их личных усилий и усилий их микросоциального окружения - семьи, друзей, коллег.

Центр является универсальной площадкой для применения разнообразных технологий по медицинской, физической, социальной реабилитации инвалидов, активизации их личной, гражданской, профессиональной, творческой позиции, воссозданию позитивной атмосферы понимая, участия и поддержки в их семьях, организации конструктивной деятельности пациентов, их близких и добровольцев по оптимизации системы здравоохранения и социального государственного управления.

Данное издание является частью итогового информационного пакета, в который входят настоящие «Инструкции для работы специалистов НКО по взаимодействию со СМИ, органами власти, пациентами и их родственниками» и сборник «Лучшие практики НКО», описывающий практику деятельности некоммерческих организаций пациентов, в том числе по созданию аналогичных центров в регионах Российской Федерации.

Сборник, основанный на материалах специалистов ОООИБРС, сотрудников и волонтеров центров, исследовании лучших практик НКО, содержит инструкции по организации работы НКО по основным направлениям, образцы документов НКО, описание образовательных модулей и информационных материалов Центра.

Методология работы Центра семейной реабилитации инвалидов и описание механизма и процессов его создания приведены в сборнике «Лучшие практики НКО».

## 2. ИНСТРУКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ НКО

### 2.1. ЗАЧЕМ НКО БЫТЬ ЮРИДИЧЕСКИМ ЛИЦОМ?

(на примере модели ОООИБРС)

*Какие плюсы получают активисты в регионе, создав региональную организацию?*

Появление в регионе юридического лица, которое представляет и защищает права граждан позволяет воздействовать на органы власти (обращаться, писать письма и тп.) как общественности, а не как физическому лицу. То есть появляются новые ресурсы:

- электоральный ресурс;
- ресурс НКО. Организация становится частью некоммерческого сектора;
- возможность использования финансовых безналичных средств – привлечения их и расходования их со счета организации
- имиджевый ресурс в глазах целевой и широкой общественности,
- возможность оказывать адресную помощь гражданам и отчитываться о ней перед вышестоящей организацией, спонсорами, заказчиками и иными контрагентами.

Общественная Организация (далее ОО или НКО) получает возможность работать с личными данными членов организации. И другой возможности официально с ними работать не существует.

Организация получает налоговые льготы: федерального уровня и регионального уровня.

---

*Желательная форма организации в регионе: форма собственности, название, учредительство, членство, ключевые специалисты?*

На местах должны создаваться «региональные общественные организации». Там где организации еще нет, быстрее и легче зарегистрировать отделение ОООИ-БРС. При этом желательно, чтобы отделение имело собственное имя. То есть, например, Ивановское региональное отделение общероссийской общественной организации инвалидов больных рассеянным склерозом «Равенство».

---

*Что требуется для регистрации*

Создать инициативную группу из 3 учредителей.

Обратиться в отдел юстиции субъекта и выяснить перечень документов для регистрации отделения всероссийской НКО.

Если вы хотите открыть НКО как отделение ОООИБРС - подготовить заявление о вступлении в ОООИ-БРС, получить у исполнительного директора ОООИ-БРС пакет учредительных документов, ОООИБРС (в том числе Устав, протокол заседания президиума ОООИБРС о решении создать в регионе отделение). Подать полный пакет документов в отдел юстиции субъекта и запустить таким образом процесс регистрации.

---

*Какие специфические условия при оформлении организации нужно соблюдать?*

ОО обязана постоянно предъявлять в налоговые органы документы членов организации. Для сохранения возможности максимально широкого членства и, одновременно, облегчения отчетности и снижения вероятности штрафов на

данный момент желательно оформить 3-10 человек как действительных членов, а остальных оформлять как ассоциированных членов. Необходимо разъяснить членам причины этого и гарантировать отсутствие какого либо неравенства ассоциированных и действительных членов. Членство оформляется Заявкой, указывающей полные данные человека и резолюцией полномочного представителя организации. Желательно сразу заполнять согласие члена на использование его личных данных (см. Инструкция по подготовке писем).

---

***Нужен ли организации счет сразу?***

Нет счета – нет организации. Нет счета – нет денег.

---

***Как разделены полномочия региональной и общероссийской организации?***

Полномочия организаций указаны в уставе ООИБРС. Региональная общественная организация является самостоятельным юридическим лицом и имея самостоятельность, несет полную ответственность за свои действия. Привлечением и расходованием средств региональная НКО управляет бесплатно. Исключением являются случаи, когда она получает от ООИБРС целевые средства.

---

***Каковы основные задачи региональной организации?***

Цель региональной организации - добиться того, что все люди в регионе, страдающие от заболевания Рассеянный склероз были охвачены полноценной адресной медицинской и социальной помощью.

Задачи активизации ресурсов. Самая важная задача ОО – инициировать работу в интересах больных рассеянным склерозом (БРС) тех ресурсов, которые в регионе уже есть. То есть речь идет даже не об оказании услуг населению непосредственно силами ОО, а об изыскании этих ресурсов, их активизации, перенаправлении информационных потоков: жалоб, обращений и запросов с одной стороны, и оказания услуг с другой стороны. То есть в регионе существуют ресурсы, которые могут быть использованы в интересах БРС. Потенциально существует мотивация для «услугодателей», с тем чтобы они оказали свои услуги БРС – это гарантированные законом права БРС (для государственных «услугодателей») и социальная ответственность, сочувствие, коммерческая выгода, электоральный, карьерный и статусный интерес (для различных групп партнеров). К этой задаче примыкают и все остальные.

Публичное представление интересов БРС и членов их семей.

Задача наблюдения за тем, все ли законодательно гарантированные права реализуются. Сообщение в соответствующие структуры о нарушениях. Работа с жалобами: инициирование, оформление, перенаправление, консультирование, отслеживание результатов и т.п.

Задача со-организации больных и членов их семей.

Задача установления партнерских отношений с максимально широким кругом контрагентов.

Задача просвещения широкой общественности, БРС и их близких, профессиональной общественности о специфике заболевания, проблемах и способах борьбы с ними.

---

***Первые (основные) шаги при создании региональной организации?***

Дать информацию о наличии организации. Проявить себя как активную организацию: сразу начать работать с органами власти и другими партнерами,



создать информационное поле вокруг себя, с тем, чтобы количество информации перешло постепенно в качество

- рассылать письма,
- участвовать в переговорных площадках,
- входить в рабочие группы по профильным вопросам при всевозможных ведомствах,
- сообщить о себе в СМИ
- заявить о себе в медицинском сообществе. Желательно привлечь к работе хотя бы одного медика эксперта. Его стимулы – это профессиональный статус, эксклюзивный контакт с количественно значимой группой пациентов

Создать информационное поле вокруг себя, с тем, чтобы количество информации перешло постепенно в качество сотрудничества.

Привлечь в организацию максимальное число членов. Создавать максимально развитую базу данных (форму такой базы данных см. в информационной службе ООИБРС).

Постепенно вовлекать БРС и их близких в работу организации. Организовать работу по сбору жалоб, их формулированию и перенаправлению в инстанции.

Подключиться к работе региональных специалистов по составлению заявок. Для этого необходимо иметь максимально полную базу данных БРС, вести работу с главным неврологом, профильными специалистами Министерства здравоохранения.

---

### ***Возможности и средства развития региональной организации?***

Основная задача ОО – это использование ресурсов, которые есть в других секторах, у других партнеров. Основной ресурс самой ОО - это:

- государственная политика, гарантирующая на данный момент значительный пакет прав,
- «электоральность», статистическая и социальная значимость организации, количество членов.

Государственная поддержка. Среди множества законов, гарантирующих поддержку БРС, есть и законы, нормирующие поддержку самой организации. Существуют региональные обязательства по поддержке ОО. В этой связи задачей организации является «оживление» существующих региональных нормативно-правовых актов: поиск их и предъявление прав на гос. помощь. Например, в бюджете Самарской области есть строка «Поддержка организаций инвалидов». Из нее можно получить средства, подав заявку в соответствующую структуру. Это могут быть департаменты (управления, отделы) по работе с общественными организациями, по работе с инвалидами, по социальной защите граждан и т.п. при администрации региона и муниципалитета. Важно: для получения средств нужно знать «правила игры». Их вы можете узнать только в выделяющей средства подструктуре. Поэтому нужно не только найти ведомства имеющие средства и выяснить подходит ли ваша ОО (см. Закон региона о бюджете, системы Консультант, Гарант), но и установить с их сотрудниками личные контакты, с тем чтобы выяснить: как, когда, по какой форме, на каких основаниях, и в каком объеме можно просить средства.

Необходимо понимать, что это средства являются целевыми и не могут быть потрачены ни на что другое. При этом государственная (или муниципальная) структура заинтересована в том, чтобы эти целевые средства правильно

потратить, потому что иначе на следующий год они не будут выделены ей в управление.

Грантовые средства. Большинство грантодателей выдают средства исключительно НКО. Основными факторами получения гранта являются: наличие юр лица, продолжительность его существования, опыт выполнения грантов, соответствие заявки направлению и условиям конкурса, качество заявки (цель, задачи, деятельность, результаты, возможность последующего самостоятельного продолжения, привлечение ресурсов и со-финансирования, понятный и не «раздутый» бюджет, резюме исполнителей). Технология получения грантов включает в себя следующие основные этапы:

- мониторинг грантовых конкурсов в интернет,
- написание заявки, максимально соответствующей по форме и по содержанию условиям конкурса,
- подкрепление заявки значительным, но разумным числом, писем поддержки, документов свидетельствующих ваш опыт и подготовленность к выполнению проекта,
- проведение мероприятий и отчетность.

Грантовые средства являются целевыми. Обычно фонды тщательно следят за расходованием средств и негативно реагируют на перераспределения внутри статей. Не выполнив грант однажды, вы можете попасть в черный список и перекрыть этот канал финансирования не только себе, но и всей социальной сети организаций больных РС.

Спонсорские средства. Спонсорские средства готовы выделять Фармкомпания. Для этого ваша ОО должна быть известна, активна, включать значительное число членов, участвовать в составлении заявки, вести активный диалог с органами власти. Для того чтобы непосредственно получить средства от фармкомпания, вы должны быть технологичны и мыслить «проектно». То есть четко обозначать: цель применения средств, сроки проекта, результаты, объем и порядок расходования, кто является ответственным исполнителем, порядок отчетности.

Так же спонсоры могут быть привлечены в ходе текущей деятельности. Так для бесплатного открытия счета в банке можно обратиться с письмом к их руководству с просьбой об открытии и бесплатном обслуживании счета в течении года. Для установки интернета – к провайдеру, для получения компьютеров – дать объявление о приеме в дар списываемой техники (СМИ, интернет, ассоциации предпринимателей) и т.п.

---

### ***Где узнать про льготы Общественным организациям?***

По федеральному уровню можно посмотреть 129 (или 429) статью Федерального налогового кодекса). Кроме того льготы описаны в корпоративном материале ОООИБРС «Юридический каталог». Данный материалы вывешен на сайте ОООИБРС.

Основные льготы федерального уровня – это единый социальный налог и с 1 января 2010 года ожидается введение нового пакета льгот – в частности послабления в части налога на прибыль

На местном уровне нужно смотреть региональное законодательство, в части налогообложения, в системах Гарант, Консультант и тп. Кроме того это личные контакты со специалистами в правительстве и муниципалитете.

---

***Как на первом этапе компенсировать административные и трудовые расходы?***

Общественные организации не рассчитаны на извлечение прибыли и не основываются в своей работе на труде наемных лиц. ОО работают на общественных началах. И только в том случае, когда появляется какой то заказ, они по необходимости нанимают специалистов.

---

***Ключевые специалисты, необходимы для запуска работы***

Работа НКО держится на энтузиазме и готовности людей работать на общую цель без получения немедленной отдачи. Поэтому здесь речь скорее должна идти не о «специалистах», а об «активистах». Желание работать, на первых порах важнее, чем умение. Тем не менее, по практике можно выделить три основные функции, которые нужно реализовывать. Но это именно функции, а не должности:

- Менеджер, организатор,
- Бухгалтер,
- Медик – эксперт.

---

***Какие материально - технические условия необходимы организации на старте, для того, чтобы быть эффективной?***

Абсолютно необходимы:

- Оргтехника: компьютер, принтер, сканер, копир. Все это для начала можно совместить в МФУ.
- Средства связи: постоянный номер телефона, постоянный почтовый адрес, факс, интернет, адрес электронной почты.

Все работы могут выполняться на дому. Офис не является необходимым на начальном этапе работы.

---

***Основные тезисы политики по отношению к БРС и членам их семей?***

- Максимальное число членов (ассоциированных для удобства отчетности),
- Максимально полная база данных (это первый ресурс организации),
- Работа с жалобами: инициация, обработка, направление, отслеживание результатов (это второй ресурс организации),
- Вовлечение в деятельность, через небольшие поручения. Создание социальной сети взаимопомощи, общения, обмена информацией.

---

***Как информировать БРС и членов их семей о наличии организации?***

На совещаниях ООИИ-БРС опытные общественники назвали следующие способы: визитки у невропатологов, интернет — свой сайт, СМИ (платить не нужно, так как они сами заинтересованы в новостях. А вот выстраивать отношения для организации бесплатных публикаций – нужно!), через газету «Из рук в руки», через медсестру, через соцработников, через общества инвалидов, через Министерство здравоохранения, через пенсионный фонд, через уполномоченные аптеки, через врачей, через специализированные кабинеты, информационные доски около кабинетов, Центры РС, интернет порталы, справочные, общественные организации, «от двери к двери», через членов организации, визитки в почтовые ящики.

---

### ***Что недопустимо для общественной организации?***

- Использование личных сведений БРС и членов его семьи им во вред.
- Участие в коррупционных схемах, нецелевое использование средств и вообще какое либо нарушение закона Российской Федерации.
- Участие в ущемлении, не противодействие ущемлению прав БРС.
- Принятие стороны какой либо одной фармкомпания – партнера ОООИ-БРС в ущерб другой, нарушение принципа равенства во взаимодействии.

---

### ***Пять признаков успешной общественной организации БРС***

1. Членами организации являются 50 и более процентов БРС региона.
2. Организация взаимодействует с представителями всех фармацевтических сфер, работающих с рассеянным склерозом.
3. У организации в наличии не менее, чем по одной переговорной площадке с законодательной и исполнительной властью.
4. Наличие юридических отношений (договоров) не менее, чем с двумя фармацевтическими компаниями (иными бизнес структурами).
5. Организация участвует не менее чем в одном союзе (альянсе, ассоциации) с другими НКО.

## 2.2. ИНСТРУКЦИЯ ПО РЕГИСТРАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Каждый регион имеет свои собственные особенности регистрации общественных организаций. Лучше всего проконсультироваться в управлении юстиции по своему региону в отделе регистрации общественных организаций.

Если такой возможности нет, то нужно обратиться в Налоговую инспекцию, Пенсионный фонд, Фонд обязательного медицинского страхования, Фонд социального страхования, и везде узнать, КАКИЕ документы требуются, и обязательно ли **НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕННЫЕ** копии Устава и прочих документов, или достаточно принести оригинал и копию, а сверку они проведут сами. Консультироваться нужно ДО регистрации, потому что далее вы будете ограничены во времени.

При регистрации вы можете пойти двумя путями: либо создать собственную НКО либо открыть отделение ОООИБРС. Второе несколько легче, потому что меньше пакет документов и потому, что сегодня не очень охотно регистрируют общественные организации.

Рассмотрим первый путь, как наиболее всеобъемлющий и поглощающий второй.

Собственно для регистрации в Управлении Юстиции - потребуется комплект документов:

1. заявление на регистрацию общественной организации (1 экз.)
2. устав организации (2 копии)
3. протокол общего собрания учредителей (2 копии)
4. сведения об учредителях (2 копии), если Учредители - российские физические лица: копии паспортов со всеми паспортными данными; почтовый индекс прописки, если Учредители - российские физические лица – инвалиды то еще и справки МСЭж
5. список членов руководящего органа (3 копии, на одной копии обязательно должна стоять **НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕННАЯ** подпись руководителя организации - Председателя Правления, если руководящий орган у вас Правление Организации)
6. Письмо в юстицию о предоставлении юридического адреса, либо от той конторы где вы его обретете, либо, если на собственной квартире - нужна копия (нотариально заверенная) свидетельства о собственности на квартиру, письменное согласие жильцов, справка из ЖЭУ об отсутствии задолженности. В любом случае, юридический адрес - это место, куда налоговые и прочие структуры будут отсылать официальные запросы и письма, кроме него может быть отдельный **ФАКТИЧЕСКИЙ** адрес, где может находиться руководство организацией и собственно организация.
7. Квитанция об уплате регистрационной государственной пошлины (по регионам сумма пошлины различается).

Далее все это несется в отдел регистрации общественных организаций Управления Юстиции. Там либо примут на дальнейшее рассмотрение, либо попросят изменить или дополнить Устав. Если принимают к рассмотрению, идет месячный срок рассмотрения документов, в течение которого организацию или регистрируют, или нет - в случае отказа предоставляется письменный ответ, с указанием причины. В процессе рассмотрения нужно периодически обращаться в юстицию (по телефону), чтобы узнавать последнюю информацию.

После получения Свидетельства о регистрации, зарегистрированного Устава, Протокола, Списка и Сведений об учредителях, в течение 10 дней вы обязаны встать на учет в Госкомстате и Налоговой инспекции, а после этого – в Соцстрахе, Медстрахе и Пенсионном фонде.

**ВНИМАНИЕ!** В течение 10 дней необходимо встать на учет в Госкомстат и Налоговую инспекцию - иначе будет назначен штраф.

Для налоговой нужна печать, которую делают лишь по предоставлении Свидетельства о регистрации, Вам нужно искать фирму, изготавливающую печати достаточно быстро, при этом, не теряя в качестве изготовления.

Для каждой из структур, где необходимо встать на учет, нужно подготовить нотариально заверенные копии документов учредителей, а в налоговую - еще и коды со статистики.

В первую очередь нужно регистрироваться в Статистике, по следующим причинам: во-первых, она может быть платная, а во-вторых, справку о регистрации и присвоении статистических кодов выдают лишь на следующий день, в-третьих, копию справки из статистики нужно предоставить в Налоговую. После регистрации Вам выдадут три документа: один для Вас с расшифровкой кодов, второй для налоговой инспекции и третий для банка. В эти структуры нужно подавать **ПОДЛИННЫЕ** документы, копии они не принимают. В другие, если нужно, достаточно копии.

Итак, получив справки из Статистики, заказав и получив печать, можно идти в Налоговую. Для этого необходимо купить специальные бланки для регистрации в налоговой, а также обзавестись копией приказа о назначении главного бухгалтера организации. Зарегистрировавшись в налоговой инспекции, Вы получаете соответствующее свидетельство с ИНН.

Чтобы зарегистрироваться в фондах, опять нужны специальные бланки. В каждом фонде вам дадут свидетельство, а если вы собираетесь открывать счет в банке - то и справку в банк о регистрации в фонде. Причем вы должны точно знать, в **КАКОМ ИМЕННО БАНКЕ** вы будете открывать счет, поскольку справки адресные... Не забывайте также нотариально заверенные копии некоторых учредительских документов, необходимые для того или иного фонда.

После того, как вы зарегистрировались в трех фондах, можно идти в банк. Специальные бланки для открытия счета вам выдадут бесплатно в банке. Однако для заполнения этих бланков потребуется **НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРИТЬ ПОДПИСИ и ОТТИСК ПЕЧАТИ** на двух специальных бланках.

Банки различаются по своей политике к общественным организациям. Возможно, в Вашем регионе есть банк, который открывает для общественных организаций счета бесплатно и не требует наличия суммы для открытия счета.

Получив счет в банке, Вам нужно купить и заполнить **СПЕЦИАЛЬНОЕ** письмо-заявление в налоговую инспекцию об открытии счета в банке.

Теперь процедура регистрации закончена. Ходить в юстицию, налоговую и фонды, должен руководитель организации. Если это будет делать другое лицо, то для юстиции должна быть специальная оговорка в протоколе собрания учредителей «уполномочиваем такого-то на переговоры о государственной регистрации». Для налоговой - кроме приказа насчет бухгалтера, нужна будет **СПЕЦИАЛЬНАЯ** доверенность от организации, где будет текст типа "доверяем получить из налоговой инспекции по \_\_\_ свидетельство о регистрации такому-то", а в фондах уже достаточно быть бухгалтером, иначе требуется доверенность.

Раз в квартал Вам предстоит носить бланки отчетности в эти фонды. Если зарплата не начисляется, т.е. все работают без оплаты, в бланках везде ставятся

нули и прочерки, пишется "хозяйственная деятельность не велась, зарплата не начислялась", и в таком виде сдается в соответствующий фонд. В крайнем случае, в первый раз можете попросить помочь принимающего у вас документацию работника фонда помочь с правильной расстановкой прочерков в бланках.

Раз в год необходимо сдавать отчет в налоговую инспекцию. До прохождения каких либо средств через счета, вы будете сдавать так называемую «нулевую» отчетность. Это достаточно просто – нужно будет заполнять бланки, которые можно приобрести в налоговой в соответствии с инструкциями. После прохождения через счет денег (не важно в каком объеме) отчетность становится полноценной и более сложной. Для ее ведения вам нужна будет помощь профессионального бухгалтера.

Помните, что ответственность за ведение отчетности и дел организации целиком лежит на вас, как на сотрудниках и учредителях НКО.

### **2.3. ЦЕЛЕПОЛАГАНИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Общественные организации вообще и организации пациентов в особенности являются структурами социально – ориентированными, социально значимыми. Они призваны сорганизовывать определенные социальные группы и представлять их интересы. То есть НКО (ННО, НГО) имеют определенную социальную миссию.

Для эффективного управления и развития НКО важно понимать наличие у организации такой миссии и формулировать ее для коллектива организации и внешних партнеров. Так же как первые, так и вторые должны видеть четкие цели, задачи, направления в работе организации.

Наличие четко сформулированного целеполагания и этических ориентиров организации являются важным средством направления деятельности, аккумуляции ресурсов, взаимодействия внутри коллектива и организации с внешними группами.

Далее в качестве примера приведен Этический кодекс ООИБРС.

#### **Этический кодекс Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом**

Этический кодекс ООИ-БРС объясняет расстановку акцентов в системах отношений «член организации - пациент», «член организации - общество», «член организации - врач», «член организации - член организации».

Этический кодекс – это средство, с помощью которого социальная сеть организаций, объединенных ООИ-БРС и общественных уполномоченных экспертов может регулировать сама себя и публично заявлять о принципах взаимодействия представителей группы с пациентами, представителями фармакологических компаний, другими медицинскими работниками и обществом.

Этический кодекс ООИ-БРС разъясняет членам организации их этические обязательства и служит им в качестве инструмента для самооценки.

Этические принципы ООИ-БРС призваны поддерживать высокие стандарты практики социальной работы, определить приемлемые и неприемлемые нормы профессионального поведения, подтвердить фундаментальные и выработать новые этические принципы, формирующие ответственность членов организации перед обществом и пациентами в условиях значимой роли представительства интересов пациентов, больных РС.

#### **Миссия ООИ-БРС**

Создание условий для повышения качества жизни граждан России, страдающих от Рассеянного Склероза.

#### **Видение ООИ-БРС**

Общероссийская общественная организация инвалидов – больных рассеянным склерозом занимает ключевое место среди российских общественных организаций, представляющих интересы людей больных рассеянным склерозом и членов их семей.

ООИ-БРС инициирует, аккумулирует и направляет деятельность общественности, государства и профессионального сообщества на повышение качества жизни граждан России, страдающих от РС.



## **Цель ОООИ-БРС**

Включение всех граждан России, страдающих от Рассеянного Склероза, в мероприятия социальной и медицинской реабилитации для восстановления их способностей к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

## **Задачи ОООИ-БРС**

- 1.** Повысить качество медицинской и социальной помощи людям, страдающим от РС.
- 2.** Обеспечить правовую защищенность больных РС и членов их семей через развитие законодательства и организацию контроля за его соблюдением органами власти и профильными учреждениями.
- 3.** Организовать взаимодействие с компаниями – производителями для стимуляции создания и поставок высокоэффективных лекарств, медицинского оборудования и средств реабилитации.
- 4.** Содействовать подготовке медицинских кадров по тематике РС.
- 5.** Формировать позитивное общественное мнение, информировать общество о проблеме РС и способах ее разрешения.
- 6.** Активизировать и консолидировать усилия социальных партнеров по преодолению проблемы РС.

## **Этические принципы ОООИ-БРС**

- 1.** Мы заботимся о здоровье и благе каждого человека, страдающего от РС в России.
- 2.** Мы уважаем право людей, больных рассеянным склерозом, на принятие решений. Мы не вмешиваемся в частные дела больного и его семьи без их ведома.
- 3.** Мы представляем реальные потребности людей, страдающих от РС.
- 4.** Мы - связующее звено между гражданским обществом и властью, пациентом и чиновником. Как посредник, мы осуществляем мониторинг действий всех социальных партнеров на предмет их соответствия нормам прав человека.
- 5.** Мы открыты для участия в социальных программах, содействующих органам власти и социальным партнерам в реализации прав граждан - больных РС.
- 6.** Мы уважаем систему ценностей и профессионализм врачей, представителей бизнеса и органов власти, а так же других наших партнеров.
- 7.** Всеми доступными средствами мы пропагандируем здоровый образ жизни, стремимся быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.
- 8.** Мы поддерживаем разработки направленные на повышение качества медицинских услуг и эффективность средств диагностики и лечения.
- 9.** Мы вносим свой вклад в развитие системы здравоохранения и социальной медицины.

## 2.4. КОНЦЕПЦИЯ НКО

Для текущего управления НКО необходимо наличие общих руководящих документов, ориентирующих сотрудников и добровольцев на оперативные цели и задачи развития организации, разъясняющих специфику настоящего периода деятельности, особенности внутренних и внешних условий.

Таковыми документами могут быть Стратегия или Концепция организации. Практика показывает, что их необходимо принимать на среднесрочные периоды деятельности: 1 – 4 года.

Далее в качестве примера приведена Концепция ООИБРС, принятая в 2014 году. Ожидается, что она будет действовать в течении трех лет с 2014 по 2016 год включительно.

### **Концепция развития Общероссийской общественной организации инвалидов больных рассеянным склерозом в 2014 году**

Стратегические цели Общероссийской общественной организации инвалидов больных рассеянным склерозом остаются неизменными.

ООИБРС создает условия для повышения качества жизни граждан России, страдающих от рассеянного склероза. Для этого организация инициирует, аккумулирует и направляет деятельность общественности, государства, предпринимателей и профессионального сообщества. Наши основные принципы это: забота о благе каждого человека, страдающего от РС, открытость к социальному партнерству, погруженность в проблему РС, компетентность.

Благодаря деятельности ООИБРС проблема рассеянного склероза в понимании специалистов и широких общественных кругов из узкой научно – медицинской превратилась в России в национальную социально – экономическую.

Благодаря нашей работе и усилиям наших партнеров, государство взяло на себя обязательства лекарственного обеспечения пациентов с рассеянным склерозом. Сегодня препараты изменяющие течение рассеянного склероза бесплатно реально получают более 22 000 пациентов, что составляет 42% от общего числа больных РС и 98,9% от числа нуждающихся в препаратах по медицинским назначениям. В стране создана и развивается система диагностики и медицинского сопровождения пациентов с РС.

Все это позволило сохранить и облегчить жизни десятков тысяч людей, страдающих от рассеянного склероза.

Однако решенной проблему считать нельзя. Динамично изменяющиеся внешние условия залают работе ООИБРС новые ориентиры.

Сегодня нам нужно, во-первых, сохранить и развить достигнутые успехи в льготном лекарственном обеспечении, так как реформационные процессы, идущие в Российской Федерации далеко не всегда развиваются с учетом нужд пациентов. Во-вторых, необходимо инициировать создание полноценной системы социальной реабилитации, адаптации и интеграции пациентов с РС, без которой чисто медицинская помощь пациентам во многом обесценивается. В-третьих, для нас важно суметь передать опыт своей работы в иные нозологические сферы, другим организациям, так как в современных условиях, сил одной НКО недостаточно для влияния на глобальные процессы долгосрочного планирования государственной медицинской и социальной поддержки населения.

Благодаря многолетней последовательной работе, четкой межрегиональной

структуре, умению сформулировать и донести свое мнение до партнеров, ООИБРС стала одной из наиболее эффективных и известных организаций пациентов в России.

Фактически движение пациентов с рассеянным склерозом является одним из катализаторов пациентского движения в России, а ООИБРС – одним из его координаторов.

Реализуя тезисы руководства страны о развитии общественного участия и создания систем гражданского контроля и сознавая необходимость глобализации пациентского движения в России, ООИ-БРС с 2009 года организует работу Всероссийского союза пациентов, с 2010 года – работу Общественного совета по защите прав при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, с 2012 года представляет достижения пациентского движения Российской Федерации на международном уровне, в качестве специального консультанта Экономического и социального совета ООН. С 2013 года мы буживаем процесс создания общероссийской системы общественных советов по защите прав пациентов при органах управления здравоохранением.

Необходимо понимать, что для нас с вами, уважаемые участники движения против рассеянного склероза, такая работа является, с одной стороны, необходимой, так без нее, в условиях очередной волны экономического кризиса, периода экономии государственных средств, изменения механизма дорогостоящего лекарственного обеспечения, пациенты с РС внезапно могут оказаться незащищенными. С другой стороны, данная деятельность в силу расширения масштабов и перехода на региональный уровень, где и должна происходить соорганизация пациентов, становится все более ресурсо-затратной.

Сегодня мы уже не можем обойтись усилиями группы ведущих менеджеров. Нам необходимо массовое участие пациентов и общественников в развитии, соорганизации и управлении пациентским движением. Необходимо создание множества организационных, катализирующих процессы центров общественной активности на местах – нужны развитые пациентские сообщества в регионах и высшие их организационные формы – региональные НКО пациентов. Нужны межсекторные структуры гражданского контроля, объединяющие усилия пациентских организаций, экспертов и органов власти.

В этой связи цель ООИБРС в 2014 году заключается в создании сети устойчиво функционирующих региональных общественных организаций (коалиций организаций, физических лиц), защищающих права пациентов с рассеянным склерозом.

#### **Задачи развития ООИБРС в 2014 году это:**

- 1.** Активизация деятельности общественных советов по защите прав пациентов.
- 2.** Развитие региональных НКО ООИБРС.
- 3.** Усиление личного статуса региональных представителей ООИБРС.

#### **Ресурсами, обеспечивающими достижение цели и задач являются:**

- 1.** Личная активность участников движения пациентов с РС: сотрудников и активистов; пациентов, их близких, общественных добровольцев.
- 2.** Имиджевые ресурсы ООИБРС как всероссийской пациентской организации, и ее руководителей на федеральном уровне.
- 3.** Договоренности о поддержке Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и Министерством здравоохранения Российской Федерации инициатив ООИБРС по созданию и активизации Общественных советов по защите прав пациентов при вышеуказанных

структурах, а так же различных институтов гражданского контроля, реализуемые в свете исполнения поручений Президента Российской Федерации по организации системы гражданского контроля в здравоохранении.

4. Ресурсы внешних социальных партнеров (материально-технические, организационные, информационные, имиджевые и иные), вовлеченных в общую работу ООИБРС, ее организациями и активистами.
5. Финансовые и иные ресурсы, привлекаемые ООИБРС за счет:
  - грантовых проектов федерального уровня,
  - государственных субсидий на социальные проекты,
  - спонсорских средств,
  - средств заказчиков социальных проектов и исследований.
6. Финансовые и иные ресурсы, привлекаемые организациями ООИБРС за счет:
  - грантовых проектов регионального и муниципального уровня,
  - государственных (федеральных и региональных), а так же муниципальных субсидий на социальные проекты,
  - спонсорских средств,
  - средств заказчиков социальных проектов и исследований.
7. Ресурсы получаемые за счет синергетического эффекта взаимного усиления активистов и организаций ООИБРС в ходе внутрикорпоративного обмена информацией, опытом, ресурсами, проектами.

Предполагается, что в 2014 году принципиальная структура разделения сфер ответственности в сети ООИБРС останется в целом прежней:

- ООИБРС, как общероссийская организация, создает условия для повышения качества жизни пациентов с РС и их близких и возможности для защиты их прав на федеральном уровне (создавая и корректируя федеральные НПА, организуя межсекторные структуры и переговорные площадки, создавая структуры гражданского контроля, изучая и представляя мнения пациентов с РС на национальном и международном уровне, администрируя деятельность сети ООИБРС, организуя общероссийские мероприятия, изыскивая по возможности средства для поддержания региональных организаций),

- региональные и городские организации ООИБРС (сообщества активистов ООИБРС) на своих территориях развиваются как НКО, оказывают непосредственную помощь пациентам и их близким, развивают межсекторные связи и пациентское движение (создают коалиции, переговорные площадки, обмениваются опытом), выполняют поручения ООИБРС по участию в межрегиональных и всероссийских проектах, актуализируют проблему рассеянного склероза на региональном и муниципальном уровне.

Однако при этом ООИБРС переходит от прямой оплаты сотрудников в регионах к стимуляции развития региональных НКО.

Содействие развитию НКО и их сотрудников персонально осуществляется через:

- предоставление активистам региональных НКО возможности принимать участие в проектах ООИБРС на добровольческой и профессиональной основах,
- предоставление активистам сети ООИБРС возможностей по представлению своих запросов, предложений, информации на федеральном уровне,

- содействие региональным НКО в получении грантовых проектов с федерального уровня,
- консультирование региональных НКО по участию в региональных и муниципальных грантовых конкурсах,
- содействие представителям региональных НКО во вступлении в Общественные советы при территориальных управлениях Росздравнадзора и региональных министерствах здравоохранения (в случае наличия отказа о принятии в состав совета),
- дистанционную методическую и информационную помощь активистам сети ООИБРС по организации работы НКО,
- организацию обмена опытом – внутри сети ООИБРС, между ООИБРС и другими организациями; предоставление возможностей обмена опытом на международном уровне.

Предоставление поддержки регулируется Президентом и дирекцией ООИБРС.

Для получения поддержки НКО и их сотрудникам необходимо обращаться к вице президентам ООИБРС, а так же к директорам служб по направлениям запросов.

Акценты работы региональных НКО определяются вышеуказанными задачами развития ООИБРС в 2014 году.

Задачи развития реализуются региональными НКО и активистами через следующие действия:

1. Организация деятельности общественных советов.
  - Инициация создания общественных советов по защите прав пациентов при: ТУ Росздравнадзора, при министерстве здравоохранения, министерстве труда, МСЭК, губернаторе, законодательном собрании, общественной палате субъекта Федерации, а так же при других органах власти и их руководителях, чья деятельность является профильной вопросам защиты прав пациентов и инвалидов. Обязательной является инициация создания советов при ТУ Росздравнадзора, министерствах здравоохранения и труда.
  - Вхождение в действующие советы. Обязательным является вхождение представителей НКО в советы при ТУ Росздравнадзора, министерствах здравоохранения и труда.
  - Активизация деятельности советов, путем внесения предложений в планы работы и повестки, сбор и представление информации, участи в обсуждениях, организации взаимодействия между советами, продвижения результатов работы советов.
2. Развитие региональных НКО ООИБРС.
  - Создание организации (регистрация юридического лица, открытие расчетного счета, найм директора и бухгалтера, создание и поддержание постоянных контактных данных, формирование материально технического обеспечения).
  - Планирование работы организации.
  - Формирование кадрового обеспечения (сотрудники, активисты, волонтеры, получатели услуг и информации) и информационного обеспечения (контакты, промо материалы, освещение в СМИ и интернет).
  - Ведение грантовой деятельности (не менее 3-5 заявок в год).

- Оказание текущей помощи пациентам (психологической, информационной, организационной, представительской).
  - Участие в проектах ООИБРС.
3. Усиление личного статуса региональных представителей ООИБРС.
- Развитие статуса ведущего эксперта в сфере РС в сторону статуса «Эксперт в сфере пациентского движения».
  - Активное участие в переговорных площадках, публичных и профессиональных мероприятиях.
  - Участие в профильных конференциях в регионе и от имени региона.
  - Участие в проектах и акциях ООИБРС, ВСП и их партнеров.
  - Целенаправленное и осознанное развитие личных навыков коммуникации, управления, анализа (через участие в открытых программах обучения, мероприятиях сети и партнеров, стажировках сети, самостоятельную работу, практическую деятельность по вышеописанному плану).

Президент  
Общероссийской общественной  
организации инвалидов  
больных рассеянным склерозом,  
доктор медицинских наук

Власов Я.В.

25.01.2014.

## 2.5. ИНСТРУКЦИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ ИСХОДЯЩЕЙ ДОКУМЕНТАЦИИ НКО

Конкретные направления и способы деятельности в НКО желательно описывать в инструкциях. Это поможет сориентироваться не специалистам общественникам, имеющим разную степень подготовки, в новых для них формах и видах работы. Поможет быстро ознакомиться с правилами действующими в различных деловых сферах.

Особенно инструкции важны при организации межрегиональных структур. Здесь они задают общие форматы работы, позволяют сотрудникам и действовать и понимать ситуацию в общем ключе, что в общественной сфере немаловажно.

При этом важно, что бы инструкции были инструментом не закрепощения инициативы сотрудников, а скорее площадкой обмена опытом. Для этого инструкции необходимо размещать в общем доступе с возможностью обсуждения и внесения изменений.

Работа с пополнением и оптимизацией инструкций является эффективным способом обучения и активизации сотрудников и добровольцев, средством выявления и распространения лучших практик.

Далее приведен набор инструкции ОООИБРС. Первой из них является инструкция по подготовке исходящих документов.

### Инструкция ОООИБРС по подготовке писем

Жалоба – это средство информирования, а не конфликта.  
Переписка – это основа принятия решения государственными структурами.

1. Все исходящие от ОУОЭ, УОЭ, ОООИ-БРС письма оформляются на официальном бланке ОООИ-БРС, дополняемом региональными контактными данными. Официальный бланк допускает использование без синей печати.
2. Письмам присваивается исходящий/входящий номер, включающий в себя: трехзначный номер письма, номер региона в соответствии с автономерах (см ниже), на второй строке дата. 

*Исх. № 001/163  
от «12» января 2015 г.*
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 персона 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 должны быть выдержаны в деловом, конструктивном тоне. Использование категоричных, требовательных интонаций крайне не рекомендуется.

8. Письмо не должно допускать «смешения 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): «Копаксон» – это глатирамера ацетат, «Ребиф» и «Авонекс» - это интерферон бета-1a, «Бетаферон» - интерферон бета-1b. ВНИМАНИЕ: Торговые наименования Копаксон, Ребиф, Авонекс и Бетаферон в официальных письмах никогда не упоминаются
12. Уполномоченным общественным экспертам запрещается вмешиваться в систему отношений врач-пациент. Так, в случае подозрения на неправильное назначение врачом препарата, УОЭ должен обращаться сначала в Медико-Экспертный Совет ООИИ-БРС и только потом, на основании полученных от сертифицированных специалистов или учреждений данных, предпринимать последующие шаги.
13. Все письма должны дублироваться следующим образом:  
 Все жалобы федерального уровня дублируются:
  - В Аппарат правительства РФ
  - В Комитет по здравоохранению ГД РФ
  - В Комиссию по здравоохранению Общественной Палаты РФ
  - Министру здравоохранения РФ
  - В Росздравнадзор РФ
 Все жалобы регионального уровня дублируются:
  - Губернатору
  - Председателю областного законодательного органа
  - Министру здравоохранения региона
  - Региональное представительство Росздравнадзора
 Все жалобы должны также дублироваться в ООИИ-БРС. Однако это указывать в текстах писем не нужно.

### Адресаты жалоб

(Дублирование – губернаторам, председателям областных Зак. Собраний, представителям Росздравнадзора)

Кому	На что
<b>Муниципалитеты, мэрии</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Все виды медицинской и реабилитационной помощи, оказываемые в медицинских учреждениях муниципалитета</li> <li>▪ Проблемы жилплощади</li> <li>▪ Включение в муниципальные списки материальной поддержки</li> <li>▪ Необустроенность инфраструктуры, недостатки в организации безбарьерной среды (пандусы, поручни, лифты, подъемники и т.п.)</li> </ul>



<p><b>В региональные министерства (муниципальные департаменты)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Региональные программы обеспечения людей дорогостоем (7 нозологий) из РЕГИОНАЛЬНОГО БЮДЖЕТА</li> <li>▪ Все виды медицинской и реабилитационной помощи, оказываемые на территории субъекта федерации</li> <li>▪ Необеспечение средствами реабилитации в соответствии с федеральным и региональным перечнями</li> <li>▪ Необустроенность инфраструктуры, недостатки в организации безбарьерной среды (пандусы, поручни, лифты, подъемники и т.п.)</li> <li>▪ Необеспеченность лекарствами по ОНЛС для льготников-инвалидов с сохраненным соцпакетом</li> <li>▪ Проблемы получения гражданами ИПР в местных МСЭК</li> <li>▪ Нарушение трудового кодекса (в сфере занятости и т.п.)</li> <li>▪ Недостаток кадров в медицинских учреждениях для оказания социально-психологической реабилитации инвалидов и членов их семей</li> <li>▪ Необходимость выделения целевых средств для некоммерческих организаций (НКО), объединяющих инвалидов из средств областного бюджета, заложенных на поддержку НКО</li> <li>▪ Невозможность размещения информации в СМИ</li> <li>▪ Обучение и переподготовка инвалидов</li> <li>▪ 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.)</li> <li>▪ Включение в специальные списки социальной защиты материальной поддержки (для одиноких матерей и т.п.)</li> </ul>
<p><b>Федеральное Министерство здравоохранения и социального развития РФ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Нарушения федерального законодательства – дубль в РЗН</li> <li>▪ Проблемы связанные с изменениями перечня лекарственных препаратов– дубль в РЗН</li> <li>▪ Необходимость увеличения объема заявки (лимита) – дубль в РЗН</li> <li>▪ Листы ожидания, формируемые в регионах – дубль в РЗН</li> <li>▪ Проблемы с качеством исполнения заявки – дубль в РЗН</li> <li>▪ Проблемы логистики в исполнении региональной заявки (доставка в регион, оформление на аптечном складе, доставка пациентам) – дубль в РЗН</li> <li>▪ Необходимость создания в регионе института специальной помощи инвалидам</li> <li>▪ Необходимость создания в регионе медицинского и реабилитационного Центров для больных рассеянным склерозом</li> </ul>

<b>Уполномоченный по правам человека</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Все жалобы от конкретных физических лиц</li> </ul>
--	---

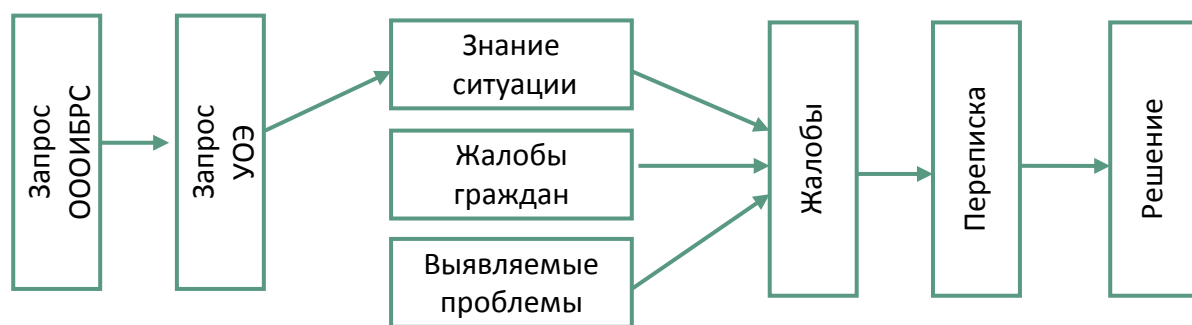
### Адресаты запросов

(Дублирование в Росздравнадзор, по необходимости)

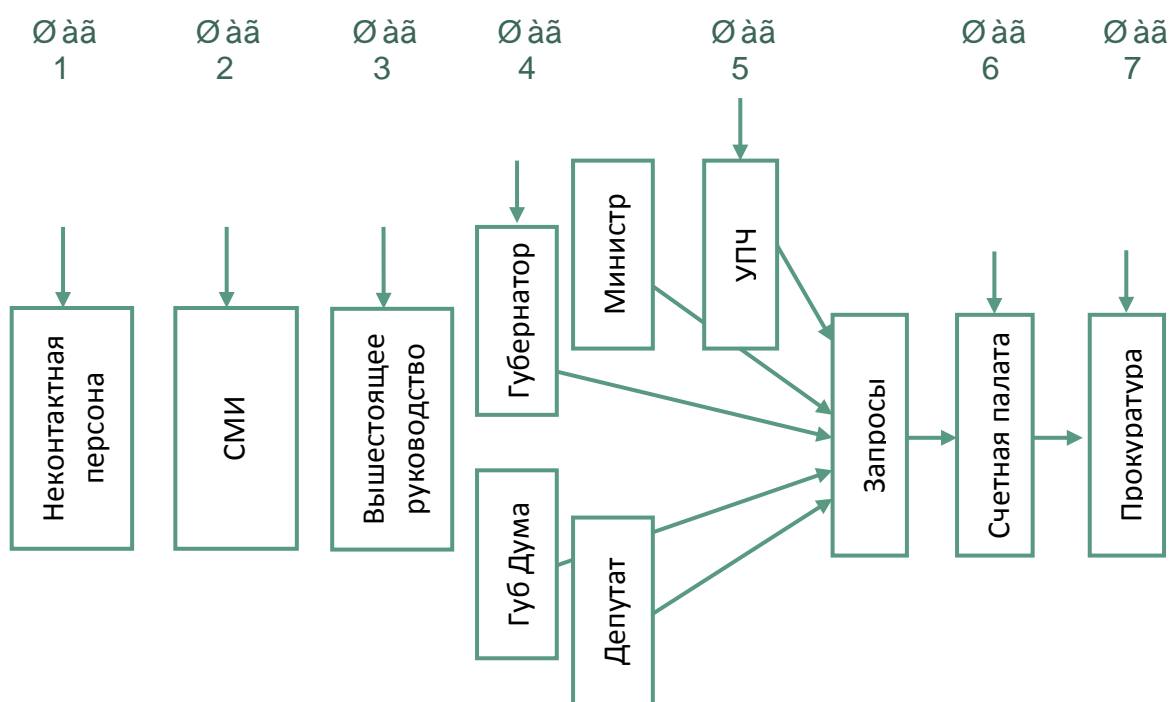
Кому	Про что
<b>Лечебно профилактические учреждения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Койко - места</li> <li>▪ Койко – дни по КСТ</li> <li>▪ Протоколы ведения пациента</li> <li>▪ Необходимость введения новых ставок</li> <li>▪ Все вопросы, связанные с состоянием дел в учреждении в сфере обслуживания людей с РС</li> </ul>
<b>Поликлиники</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Количество получающих дорогостоящие препараты и услуги</li> <li>▪ Виды оказания медицинской помощи и препаратов в учреждении</li> <li>▪ Количество отсроченных (нереализованных) рецептов, причины их наличия</li> <li>▪ Помощь участковых специалистов (количество выходов, посещений, обходные листы)</li> <li>▪ Вопросы, связанные с направлением на ВТЭК, МСЭК</li> <li>▪ Вопросы, связанные с назначением индивидуальной программы реабилитации (ИПР)</li> </ul>
<b>Аптеки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Отсроченные рецепты</li> <li>▪ Зарегистрированные рецепты</li> <li>▪ Отоваренные рецепты</li> <li>▪ Сроки отоваривания рецептов</li> <li>▪ Возвраты на склад</li> </ul>
<b>Аптечный склад</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Своевременность (даты) поступления препаратов</li> <li>▪ Своевременность (период) принятия препаратов на склад</li> <li>▪ Остатки</li> </ul>
<b>Дистрибьютор</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Виды, объем и сроки поставок препаратов</li> <li>▪ Остатки</li> <li>▪ Способ доставки дорогостоящих ЛП больным РС</li> </ul>
<b>Органы социальной защиты (только в интересах инвалидов )</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Безбарьерная среда</li> <li>▪ Объем и содержание местных программ поддержки инвалидов</li> <li>▪ Предоставление списков нуждающихся в конкретных видах услуг и/или предметов больных РС для возможности оказания им адресной помощи на средства соцзащиты (финансы там есть всегда)</li> </ul>
<b>Главные неврологи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Состояние региональной заявки в федеральный центр (количество людей, препараты)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Состояние заявки, финансируемой региональным бюджетом</li> <li>▪ Состояние листов ожидания, перевод граждан из листов ожидания в заявку</li> <li>▪ Состояние специализированной помощи на территории (специализированные центры – медицинские и реабилитационные, специализированные ставки, кадровое обеспечение)</li> <li>▪ Исполнение федеральной и региональной заявок, охват заявленных больных</li> <li>▪ Направления на санаторно-курортное лечение</li> <li>▪ Организация научно-практических конференций для обучения неврологов всего региона новым методам диагностики и лечения РС – особенно Южный федеральный округ</li> </ul>
<b>В региональное Министерство Здравоохранения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Анализ качества медицинской помощи, оказываемой больным РС</li> <li>▪ Объем финансирования заявок из регионального и федерального бюджетов</li> <li>▪ Состояние исполнения заявок</li> <li>▪ Наличие решений о системе специализированной помощи (Центры РС и др.)</li> </ul>

**Схема. Запросы и жалобы в деятельности ОООИБРС**



**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 ОООИ-БРС.

### Юридические документы для ссылок

---

#### О назначении Уполномоченного Общественного Эксперта:

- Письмо Президента ОООИ-БРС № 04 АГ-хх/07-09 Руководителю органа управления здравоохранения субъекта РФ о назначении гражданина (ФИО) Уполномоченным общественным экспертом по данному субъекту РФ
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Руководителю органа управления здравоохранения субъекта РФ извещающее о том, что гражданин ФИО является Уполномоченным общественным экспертом по данному субъекту РФ и информирующее о необходимости оказывать ему помощь в мониторинге качества медицинской помощи больным РС.
- Соглашение о сотрудничестве Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом от 20.09.2006г.
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 29.11.2006г. № 01И-896/06 «О проведении мониторинга лекарственного обеспечения в рамках программы ДЛО»
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 30.11.2006г. № 01-48393/06 «Об уполномоченных общественных экспертах»,
- Положение «Об уполномоченных общественных экспертах»
- Письмо ОООИ-БРС №895 от 20.10 2006г.

#### О создании общественного совета при Росздравнадзоре

- Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития N 210-пр/08 от 25 января 2008 г. О создании общественных советов при управлениях Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации

#### О финансировании закупки препаратов из регионального бюджета

- Действующее Постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», согласно которому финансирование расходов по оплате лекарственных средств определенным группам населения (в том числе больным рассеянным склерозом) осуществляется за счет средств субъекта Российской Федерации и иных источников, привлекаемых им на эти цели.
- Письмо Минздравсоцразвития РФ № 7956-25-2 от 13.10.2008 года (ответ Минздравсоцразвития России Ростовскому региональному отделению ОООИ-БРС) из которого следует, что обеспечение граждан, больных рассеянным склерозом, предусматривает совместное финансирование, как из федерального бюджета, так и из региональных бюджетов всех уровней.
- Письмо Минздравсоцразвития РФ № 113/18983-20-05 от 07.07.2008 года

(ответ Минздравсоцразвития России Уполномоченному общественному эксперту ОООИ-БРС по Южному федеральному округу РФ) – содержание то же.

- Письмо Минздравсоцразвития РФ № 65348-25-2 от 15.12.008 (ответ Минздравсоцразвития России Всероссийскому обществу гемофилии) – содержание то же.

---

## **О финансировании закупки препаратов из федерального бюджета**

***По дорогостоящим препаратам (ПИТРС в числе 7 нозологий) – единая централизованная федеральная закупка препаратов 2 раза в год – для ВСЕХ БРС – инвалидов с соцпакетом, инвалидов отказавшихся от соцпакета, не инвалидов***

- Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2015 год»
- Перечень централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных средств, 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, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. № 2053-р
- Постановление Правительства РФ №682 от 17.10.2007 г. «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»,
- Постановление Правительства РФ №115 от 14.02.2009 г. «О внесении изменений в постановление Правительства РФ от 17.10.2007 г. №682».
- Действующее Постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», согласно которому финансирование расходов по оплате лекарственных средств определенным группам населения (в том числе больным рассеянным склерозом) осуществляется за счет средств субъекта Российской Федерации и иных источников, привлекаемых им на эти цели.
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 14.08.2008г. № 04-23015/08 «Об обеспечении лекарственными средствами в соответствии с ППРФ от 17.10.2007 № 682» (ответ РЗН Всероссийскому обществу гемофилии) – дорогостоящими препаратами обеспечиваются пациенты НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ ИНВАЛИДНОСТИ, а также пациенты, отказавшиеся от государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, предоставляемый в соответствии с Федеральным Законом от 17.07.1999 №178-ФЗ.
- Дорогостоящие средства отпускаются пациентам 7 нозологий, входящим в Федеральные регистры указанных 7 заболеваний, в том числе рассеянным склерозом, независимо от сохранения ими права на получение государственной социальной помощи.
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и

социального развития от 11.11.2008г. № 04-31409/08 «Об обеспечении лекарственными средствами в соответствии с ППРФ от 17.10.2007 № 682» (ответ РЗН Всероссийскому обществу гемофилии) – содержание то же плюс Ограничения по выписке лекарственных средств, либо отказ в приеме выписанного рецепта при обращении в аптечное учреждение, в связи с отсутствием лекарственного средства, а также каких-либо количественных и суммовых ограничений противоречат действующему законодательству.

***По программе ОНЛС (бывшая ДЛО) - препараты сопутствующей терапии – только для инвалидов с РС, сохранивших соцпакет – закупка препаратов субъектами РФ по проведенным тендерам и аукционам внутри региона***

- Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3699; 2004, N 35, ст. 3607; 2006, N 48, ст. 4945; 2007, N 43, ст. 5084; 2008, N 9, ст. 817; N 29 ст. 3410),
- Приказ МЗСР РФ №451-н от 27.08.08 «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» - с 1 янв 2009г.

---

#### **Адреса Федеральных органов власти для направления жалоб**

- Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации Сковрцовой Веронике Игоревне  
Министерство Здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
127994, Москва, ГСП-4, Рахмановский пер. д.3  
Информацию о регистрации письменных обращений, поступивших в Минздравсоцразвития России, можно получить ежедневно с понедельника по четверг с 14-00 до 17-00 и в пятницу с 14-00 до 16-00 по телефонам:  
(495) 627-27-65, 627-28-86, 627-25-20, 627-24-71  
от организаций – 628-05-53,  
отвечают - 627 26 74, 627 25 49, 627 29 85.
- Руководителю Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Мурашко Михаилу Альбертовичу  
109012, Москва, Славянская пл., д.4, стр.1  
тел.698 46 28, 698 46 11  
факс (495) 698 -14-62 , тел.секретариата – (495) 698-14-70  
Горячая линия Росздравнадзора  
8 (495) 698-26-88, 8(495) 698-43-48, 8(495) 698-14-58; [tva@roszdravnadzor.ru](mailto:tva@roszdravnadzor.ru),  
[fvs@roszdravnadzor.ru](mailto:fvs@roszdravnadzor.ru), [jukovaan@roszdravnadzor.ru](mailto:jukovaan@roszdravnadzor.ru),  
[PetrochenkovGA@roszdravnadzor.ru](mailto:PetrochenkovGA@roszdravnadzor.ru), [kil@roszdravnadzor.ru](mailto:kil@roszdravnadzor.ru),  
[num@roszdravnadzor.ru](mailto:num@roszdravnadzor.ru).
- Председателю Комиссии по здравоохранению Общественной Палаты РФ Рюшалу Леониду Михайловичу  
125993, Москва, ГСП-3, Миусская пл., д. 7, стр. 1
- Генеральная Прокуратура РФ, 121000, Москва, пер. Благовещенский, д. 10
- Президенту Российской Федерации Путину Владимиру Владимировичу,  
103132, Москва, ул. Ильинка, д. 23

Обращения на имя Президента по любым вопросам принимаются в приемной Администрации Президента по адресу:

103132, Москва, ул. Ильинка, 23, подъезд 11.

Приемная Администрации Президента работает ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, с 9.00 до 18.00, по пятницам – до 16.45.

Телефон для справок о работе приемной: +7 (495) 606-36-02

В приемной Администрации можно изложить свое обращение устно либо принести письмо.

- Председателю Правительства Российской Федерации Медведеву Дмитрию Анатольевичу  
103274, Москва, Краснопресненская наб., д. 2, стр. 2



## Коды регионов для нумерации в письмах

01	Республика Адыгея	52	Нижегородская область
02	Республика Башкортостан	53	Новгородская область
03	Республика Бурятия	54	Новосибирская область
04	Республика Алтай	55	Омская область
05	Республика Дагестан	56	Оренбургская область
06	Республика Ингушетия	57	Орловская область
07	Кабардино-Балкарская Республика	58	Пензенская область
08	Республика Калмыкия	59	Пермская область
09	Карачаево-Черкесская Республика	60	Псковская область
10	Республика Карелия	61	Ростовская область
11	Республика Коми	62	Рязанская область
12	Республика Марий Эл	64	Саратовская область
13	Республика Мордовия	65	Сахалинская область
14	Республика Саха (Якутия)	66	Свердловская область
15	Республика Северная Осетия	67	Смоленская область
16	Республика Татарстан	68	Тамбовская область
17	Республика Тыва (Тува)	69	Тверская область
18	Удмуртская Республика	70	Томская область
19	Республика Хакасия	71	Тульская область
21	Чувашская Республика	72	Тюменская область
22	Алтайский край	73	Ульяновская область
24	Красноярский край	74	Челябинская область
25	Приморский край	75	Читинская область
26	Ставропольский край	76	Ярославская область
27	Хабаровский край	79	Еврейская автономная область
28	Амурская область	80	Агинский Бурятский автономный округ
29	Архангельская область	81	Коми-Пермяцкий автономный округ
30	Астраханская область	82	Корякский автономный округ
31	Белгородская область	83	Ненецкий автономный округ
32	Брянская область	84	Таймырский автономный округ
33	Владимирская область	85	Усть-Ордынский Бурятский автономный округ
34	Волгоградская область	86	Ханты-Мансийский автономный округ
35	Вологодская область	87	Чукотский автономный округ
36	Воронежская область	88	Эвенкийский автономный округ
37	Ивановская область	89	Ямало-Ненецкий автономный округ
38	Иркутская область	90	Московская область
39	Калининградская область	93	Краснодарский край
40	Калужская область	95	Чеченская Республика
41	Камчатская область	96	Свердловская область
42	Кемеровская область	98	г. Санкт-Петербург
43	Кировская область	99	г. Москва
44	Костромская область	150	Московская область
45	Курганская область	163	Самарская область
46	Курская область		
47	Ленинградская область		
48	Липецкая область		
49	Магаданская область		
51	Мурманская область		

## 2.6. ИНСТРУКЦИЯ ПО РАБОТЕ С ГРАНТАМИ

Грантовый фандрайзинг – привлечение грантовых финансовых и иных средств на нужды организации – сегодня является одним из основных средств ресурсирования некоммерческой организации. Это основной способ получения финансовых средств на деятельность НКО по достижению уставных целей. Овладение данным методом развития НКО является обязательным для руководства любой общественной организации.

Основными грантодателями для социально ориентированных сегодня являются:

1. Органы власти
  - Президент
  - Федеральные органы власти
  - Региональные органы власти
  - Муниципальные органы власти
2. Общественно-государственные структуры
  - Общественная палата Российской Федерации
3. Государственные учреждения
  - Академия наук
  - Исследовательские институты
4. Благотворительные некоммерческие фонды
  - Общероссийские фонды
  - Региональные фонды
  - Местные фонды
5. Коммерческие структуры
  - Частные спонсоры и благотворители
  - Структуры предлагающие средства на взаимовыгодной основе – на клинические исследования и тп.

Для организации эффективного привлечения грантовых средств необходимо постоянный мониторинг грантовой деятельности данных групп грантодателей, выяснение условий получения их поддержки, выработка проектов с одной стороны реализующих уставные цели НКО, с другой - соответствующих объявленным грантодателями целям.

### Принципы грантового фандрайзинга

**Вспомогательность.** Грант – средство поддержки вашей текущей социальной работы, а не средство зарабатывания денег.

**Социальность.** Грантовые проекты направлены на общество и основываются на социальном партнерстве. Они успешны тогда, когда вовлекают максимум внешних партнеров и ресурсов и когда публичны.

**Инновационность.** Для получения гранта нужно делать, что то новое и уникальное.

**Проектность.** Работы по грантам строятся на проектном методе. Четко и понятно должны быть обозначены проблема, цель, задачи, план действий, результат.

**Измеримость.** Проблематика проекта, ваши действия и результат должны быть количественно измеримыми.

## Шаги грантового фандрайзинга

### 1. Ведите мониторинг конкурсов от грантодателей

- 1.1. Составьте базу данных грантодателей
- 1.2. Подпишитесь на рассылки
- 1.3. Регулярно (1 раз в месяц или квартал) обходите сайты на предмет конкурсов
- 1.4. Выясните, какую помощь в грантовом фандрайзинге вам могут оказать ваши более опытные коллеги (образцы, материалы, программы, участие экспертов в проекте и тп.)

### 2. Будьте готовы к участию в конкурсе

- 2.1. Подготовьте и постоянно максимально пополняйте CV вашей организации. Копите дипломы, грамоты, отзывы об организации.
- 2.2. Заготовьте CV основных сотрудников: руководителя, бухгалтера, координатора, экспертов
- 2.3. Заготовьте типовой пакет документов в электронном виде: Устав, Свидетельства о регистрации, Протоколы о назначении сотрудников и тп.
- 2.4. Прочитайте литературу о том, как следует писать заявки

### 3. Выясните насколько вам подходит тот или иной конкурс

- 3.1. Скачайте всю информацию о конкурсе: объявление, тематику, сроки, формы заявки и отчетности.
- 3.2. Если конкурс всероссийский, выясните в директорате ООИИ-БРС не участвует ли в конкурсе кто либо из вашей сети. Избегайте конкуренции между своими. В региональном конкурсе ее скорее всего не будет, а во всероссийских предпочтения имеют межрегиональные заявки. Координируйтесь.
- 3.3. Соотнесите конкурс с содержанием вашей работы и реальным состоянием вашей команды.
- 3.4. Определитесь, насколько вы готовы участвовать в конкурсе. Вероятность победы новичка составляет 30%.

### 4. Подготовьте заявку

- 4.1. Определитесь с командой исполнителей будущего гранта.
- 4.2. Определитесь с предпочтительной темой гранта.
- 4.3. Выясните у грантодателя рекомендуемую сумму заявки.
- 4.4. Определитесь, с имеющимися и требующимися материально техническими ресурсами.
- 4.5. Следуя логике, букве и бланкам грантодателя составьте текст заявки.
- 4.6. По возможности проконсультируйтесь с грантодателем о том, насколько ваша тема интересна, о выделяемых суммах.
- 4.7. Подготовьте приложения, свидетельствующие о вашей компетентности, опыте, адекватности цен в бюджете, продуманности содержания деятельности (программы, расписания). Подготовьте 2-5 рекомендательных писем.
- 4.8. Подайте заявку в указанные сроки, тщательно соблюдая все условия.

## **5. Выполните проект**

- 5.1. Соблюдайте план деятельности и отчетности.
- 5.2. Консультируйтесь по поводу бухгалтерской отчетности. Будьте скупуплезны.
- 5.3. В содержательные отчеты включайте максимум деятельности, которая велась в отчетное время. Используйте деятельность партнеров. Включайте в отчетность все посещенные вами мероприятия.
- 5.4. Сопровождайте работу по гранту информационно: готовьте и рассылайте пресс-релизы, ставьте статьи на своем и дружественных сайтах, пишите в форумах.
- 5.5. Максимально уведомляйте грантодателей о ведущейся работе. Поставляйте им информацию для их отчетности.

## 2.7. ИНСТРУКЦИЯ ПО РАБОТЕ СО СМИ

### *СМИ, как целевая группа*

В массовых коммуникациях СМИ расценивают как рупор, действующий на большие аудитории. Для нас, сегодня, так же важна другая их функция: *телефона*, с помощью которого мы можем сообщить конкретному чиновнику о неких *тенденциях*.

Работа со СМИ не является самоцелью, но, тем не менее, она необходима. Если за год работы УОЭ СМИ не упомянули его лично/его организацию/проблему РС хотя бы 5 раз, считайте что вас, как статусной фигуры не существует, а проблема РС большинству ЛПР не известна, что в свою очередь недопустимо.

Упоминания в СМИ – это не только средство продвижения, но и показатель того, насколько вы в *мейнстриме*, или по русски говоря – в струе.

Организация бесплатных публикаций в СМИ опирается на единство интересов: СМИ нужны новости – Вы обладаете важной информацией.

### *Правила работы со СМИ*

1. Рассматривайте любое событие как потенциальный информационный повод для публикации
2. Помните, что СМИ испытывают информационный голод. Учитывайте в какой именно информации нуждается то или иное издание и как оно ее подаст
3. Будьте инициативны: сами вступайте в контакт со СМИ, предлагайте информацию
4. Будьте готовы к встрече со СМИ: держите наготове информационно – справочный пакет
5. Сделайте за журналиста всю работу: придумайте повод, напишите текст, снабдите его цифрами, фактами, комментариями статусных лиц
6. Никогда не общайтесь с рекламными отделами редакций!

### *Алгоритм работы со СМИ*

1. ***Осознайте, сформулируете сами для себя конкурентные преимущества вас как источника информации***
  - 1.1. Вы и ваша НКО успешны
  - 1.2. Вы лично - статусная фигура
  - 1.3. Вас легко найти, вы контактны
  - 1.4. Вы информативны, профессиональны
  - 1.5. Вы работаете по серьезной проблеме.
2. ***Подготовка ко встрече со СМИ:***
  - 2.1. Подготовьте к встрече пресс-пакет, включающий:
    - 2.1.1. Обязательно: сведения о Вас как УОЭ / о НКО (ФИО, название, контакты, история, достижения, партнеры во властной и профессиональной среде), о проблеме РС вообще и в регионе;
    - 2.1.2. По мере необходимости: описание конкретной проблемы, требующей решения в данный момент, подборки

публикаций, статистики, результаты исследований, анализа, комментарии экспертов и видных лиц,

- 2.1.3. Используйте приводимые ниже в Библиотеке статьи об РС. Ориентируйтесь на них, как на образцы, представляющие основные типы статей об РС. Берите из них тезисы для журналистов, куски для статей. Не показывайте их все СРАЗУ все журналисту!
- 2.2. Подготовьте основные тезисы своей позиции перед СМИ по основным содержательным вопросам

### 3. *Привлечение внимания СМИ*

- 3.1. Через Интернет, через анализ СМИ соберите информацию и создайте по приводимому образцу базу данных региональных СМИ для рассылки сообщений:

Вид, название	Масштаб/тираж/ периодичность	Ориентация (деловое, развлекательное, общественно-политическое)	Контактные данные
Газета Время	Городская, 5 раз в неделю, 12000 экз.	Общественно-политическая	Гл. редактор Иванова Лидия Петровна, <a href="mailto:ivan@vr.ru">ivan@vr.ru</a> , факс (848)3327615
Интернет портал Город	-	Информационно развлекательный	info@town.ru
Журналист Сергеев Петр			serp@mail.ru

В первую очередь нужны адреса рассылки: предпочтительно - е-майл, если нет, то факс.

Для города-миллионника база должна включать не менее 70 адресов, для города с населением в 800-500 тыс. - не менее 40 адресов.

- 3.2. Через посещение мероприятий, личные знакомства, посещение редакций наиболее значимых изданий («скажите, а кто у вас занимается социальной тематикой?») формируйте пул знакомых журналистов. В редакциях лучше всего знакомиться с редактором, замом редактора по «социалке», а так же молодыми журналистами, которые ищут темы, контактны и убеждаемы.
- 3.2.1. Сначала сообщайте им о глобальной проблеме: инвалиды, ДЛО, дорогостой, контроль за госсредствами, об ужасе ситуации с РС в стране. И только потом сужайте тему до РС в регионе и конкретного больного.
- 3.2.2. В беседе обязательно выходите на конструктив, информированность и силу (см. конкурентные преимущества выше) исходящие от вас, как от УОЭ и от ООИБРС. Сообщайте о достижениях целях и задачах. Но при этом не

сводите все исключительно к РС. Трактуйте вашу работу как одну из моделей глобального общественного участия и контроля. Иначе есть вероятность того, что от вас отмахнутся как от носителя слишком узкой, слишком страшной и неразрешимой проблемы.

4. Даже, не нуждаясь в публикациях в данный момент, ведите текущую информационную поддержку вашей работы: готовьте и рассылайте пресс-релизы о важнейших событиях и достижениях (см. папку Пресс-релизы).
5. При необходимости обращайтесь в редакции с открытыми письмами.

### *Возможное содержание публикаций в СМИ*

<b>Аудитория</b>	<b>Цель</b>	<b>Содержание публикации/ примечания</b>
Власть	Подчеркнуть значимость проблемы	Социальная - государственная значимость проблемы Статистика Специфика региона – особенная значимость Примеры других регионов Человеческие истории: дети, молодые семьи, таланты
	Повысить статус УОЭ	Результаты работы УОЭ, ОООИБРС, проведенные мероприятия, акции, выступления Законодательство Результаты жалоб, проверок, предложений Апелляции к высоким инстанциям, цитирование федеральных VIP Указания конкретных виновных среднего звена Наличие конкретных предложений по преодолению Благодарности первым лицам за поддержку
Страдающие от РС	Сообщить пациентам о возможности обращения к УОЭ, возможностях защиты и поддержки	Законодательство Права людей страдающих от РС Достижения УОЭ, ОООИБРС, проведенные мероприятия, акции, выступления Схема работы УОЭ К кому и по каким поводам обращаться
Проф. сообщество	Сотрудничество с УОЭ	Информирование о гос. программах, о том куда посылать больных
СМИ	Привлечь к сотрудничеству, получать бесплатные публикации	Достижения УОЭ, ОООИБРС, проведенные мероприятия, акции, выступления Экспертные мнения по проблемам социальной политики Цифры, факты

Виды СМИ по содержанию	Основная аудитория
Деловые	Власть (все чиновники), бизнес (руководители)
Массовые, общественно-политические	Служащие, интеллигенция, пенсионеры
Развлекательные	Средние слои, домохозяйки, молодежь

Виды СМИ по носителю	Нужные нам подвиды
Телевизионные	Новостные выпуски и тематические передачи на кабельном и эфирном ТВ
Радио	Новостные выпуски и тематические передачи на FM и проводном радио
Печатные	Вклады в федеральные, областные, городские, малые
Интернет	Новостные региональные порталы Тематические порталы Сайты организаций

## Инструкция по подготовке пресс-релиза

### *Что это такое?*

Пресс-релиз - это сообщение, содержащее важную новость или полезную для широкой аудитории информацию. Обычно пресс-релиз распространяется пресс-службами организаций для возможной публикации в прессе и информирования общественности. Для нас пресс-релиз основное средство получения публикаций. Пресс-релиз создается по канонам журналистики новостей. Пресс-релиз всегда содержит новость, ценную для редакций СМИ. В этой связи он должен отвечать на все вопросы журналистики новостей: Кто? Что? Где? Когда? Почему? Каким образом?

### *Последовательность написания*

1. Заголовок  
должен привлекать внимание, быть украшением воображаемой автором полосы в СМИ. Поэтому он должен быть ярким, кратким, соответствовать содержанию.
2. Логика изложения  
перевернутая пирамида: важная информация дается вначале, затем следуют подробности.
3. Лид  
первый абзац, выделенный жирным шрифтом, несет в себе основную идею всего текста и должен иметь самостоятельный законченный смысл. Обычно содержит ответ на вопрос Кто? или Что? и состоит из 2-3 предложений.
4. Основной текст  
дает развернутую информацию и интересные детали. Сообщения должны быть понятными, без использования специальной или жаргонной лексики. Стиль изложения должен быть ясным, четким. Не употреблять превосходных степеней: как восхваляющих, так и критикующих. В целом текст должен быть стилизован как газетная статья.



Нужны содержание события, которому посвящен пресс-релиз, конкретные факты и цифры, описание последствий и изменений, которые это событие за собой повлекло или повлечет; перечень главных участников, без которых событие было бы невозможно или утратило свое значение, включая точные названия организаций, должности, имена и фамилии; Действия главных участников, которые собственно, и создали событие или повлияли на его основное развитие; Дата (время), когда событие произошло или произойдет; Перечень тех лиц (или категорий лиц), на которых событие, возможно, окажет влияние, и если да - то какое.

Общее описание ситуации (предыстории), важное для исчерпывающего понимания события.

5. Комментарий

или высказывание какого либо статусного лица или эксперта - обязательный элемент. Указывать имена, фамилии, должности, если необходимо - краткие характеристики статуса, опыта, знаний, дающих человеку основания для выступления в качестве эксперта.

6. Иллюстрации

наличие иллюстраций, так же как и комментариев сильно повышает привлекательность информации для СМИ. Не включайте их в текст пресс-релиза, прикрепляйте к письму отдельными файлами. Подписывайте, что изображено.

7. Справка

необязательная часть. Информировывает о ситуации, об организации, об УОЭ, об РС. Дается по необходимости. Сухо, без литературной обработки.

8. Объем

одна страница А4. Каждая фраза должна содержать не больше 12 - 13 слов. Абзац – не более 6 строк.

9. Подпись

В конце сообщения укажите контактное лицо (должность - максимально солидно, телефон, e-mail), у которого журналист сможет быстро и своевременно получить уточнения по содержанию пресс-релиза.

---

### Рассылка

1. Наиболее эффективно рассылать по e-майл адресам. Менее эффективно – по факсу. По почте – бессмысленно.
2. При рассылке по e-майл, в адресной строке ставите не более 5 адресов.
3. Если отправляете письмо на личный адрес конкретного журналиста, используйте его имя в обращении. Написание таких писем займет больше времени, зато они будут выглядеть как личные.
4. В названии письма пишете краткое яркое емкое название события «Фестиваль Инвалидов в Екатеринбурге», «Спасли инвалидов».
5. В теле письма пишете: Добрый день! Сообщаем о проведении Первого Екатеринбургского Фестиваля Инвалидов. Информация в прилагаемом письме. На фото изображены такие-то.
6. Подпись (максимально статусно), контактные данные.
7. Пресс-релиз прикрепляете к письму в виде текстового файла. Иллюстрации прикрепляете к письму отдельными файлами.

## 2.8. ИНСТРУКЦИЯ ПО РАБОТЕ С ОРГАНАМИ ВЛАСТИ

Представитель НКО (руководитель организации, уполномоченный общественный эксперт – УОЭ, уполномоченный представитель НКО) не является сотрудником органа власти, и поэтому, общаясь с государственными или муниципальными чиновниками, он не может отдавать им указания или осуществлять контроль их работы. Однако, уникальность позиции эксперта НКО дает ему ряд важных преимуществ:

- он имеет право **собирать** информацию и более того, в ряде случаев, он собирает ее по прямому указанию федерального контролирующего органа – Росздравнадзора;
- Представитель НКО всегда имеет возможность **донести** информацию непосредственно в федеральный контролирующий орган;
- будучи не включенным в государственную «табель о рангах» представитель НКО, в отличие от чиновников, может вести переговоры на **любом уровне** и с **любым партнером** в пределах своего региона;
- представитель НКО представляет **значительную группу людей** и чрезвычайно **важную социальную проблему**;
- Уполномоченный представитель НКО является членом и представителем общественной организации и поэтому **имеет доступ к закрытой информации** о членах организации;
- будучи погруженным в проблему НКО, Уполномоченный представитель НКО становится **ведущим экспертом** в этой области. У него сосредоточена самая достоверная, актуальная и полная информация о проблеме, которую чиновники законодательно обязаны решать;
- государство законодательно закрепило свои обязательства по защите прав пациентов. Поэтому в деле выявления нарушений законодательства и обеспечения пациентов, в частности, дорогостоящими лекарственными препаратами на **стороне Уполномоченный представитель НКО стоит вся система федеральной власти.**

Таким образом, выстраивая отношения с представителями власти, нужно помнить, что Вы обладаете высоким статусом и возможностями, а ваш собеседник довольно жестко ограничен законодательством и своими функциональными обязанностями.

Однако нельзя настраиваться на то, что Вы – контроллер. Это будет воспринято в штыки. Вы – потенциальный партнер, вы эксперт владеющий информацией, и предпочтительный путь - установление доброжелательных сотруднических, взаимовыгодных отношений.

Идти на прямую конфронтацию возможно только тогда, когда остальные способы и пути исчерпаны, а ситуация для больных критическая и только после консультации с ООИБРС.

И конечно нельзя забывать и про человеческий фактор, который может оказаться решающим в любом диалоге.

Вступление во взаимодействие с органами власти – одна из первоочередных задач Уполномоченный представитель НКО. Но устанавливать контакт необходимо постепенно. Без излишнего давления. Первую встречу с руководителем можно провести под предлогом простого знакомства. На ней

постараться постепенно вовлечь собеседника в диалог. Сообщить ему о своих возможностях помощи ему в сфере сбора информации о БРС и организации обратной связи с ними. Потом постепенно наращивать контакт – на основании конкретных жалоб, предоставлении и запросе информации, приглашении и совместном участии в публичных обсуждениях и мероприятиях.

### **Составляющие успешного взаимодействия с представителями органов власти**

- Использовать свой официальный статус: Уполномоченного представителя НКО, представляющего людей и социально значимую проблему, представителя ООИИ-БРС, эксперта с удостоверением, выданного в Росздравнадзоре и находящимся с последним в тесном контакте.
- Делать упор на социальную значимость проблемы, на законодательно закрепленные обязательства государства. Использовать общественное мнение, апеллировать к списку людей, чья жизнь напрямую зависит от лекарственного обеспечения, медицинских и социальных услуг.
- Заявлять о себе активно и инициативно. Знакомиться с основными потенциальными партнерами: представительством Росздравнадзора, Министерством здравоохранения и социальной защиты, Главным неврологом, представителями фармкомпаний, Уполномоченным по правам человека, депутатами и сотрудниками законодательных собраний, журналистами, общественниками и т.п.
- Создавать и активно участвовать в существующих переговорных площадках и инициировать создание дополнительных переговорных площадок.
- Включаться в работу переговорных площадок и использовать их как рупор в привлечении внимания к проблеме и как территорию их разрешения.
- Стараться быть известными и полезными. Не только сообщать о своих полномочиях и проблеме, но и демонстрировать свою экспертную значимость, владение темой, информированность и, главное, готовность этой информацией делиться.
- Четко представлять полномочия, задачи, интересы и ресурсы органов власти, учреждений и конкретных собеседников. Знать структуру органов власти.
- К каждому из собеседников необходимо подбирать соответствующие каналы информирования и формы обращения.
- Соблюдать регламенты и формы взаимодействия, принятые в государственных и муниципальных органах власти.
- Для организации диалога необходимо понимать специфику «языка» чиновников. Необходимо опираться на подтвержденные факты, конкретные и точные цифры, действующее законодательство, статистику.
- В плане личных навыков: надо быть уверенным в себе, уметь задавать вопросы, уметь отстаивать свою точку зрения.
- Позиция Уполномоченный представитель НКО должна быть аргументирована. Уполномоченный представитель НКО должен: четко

формулировать социальную значимость проблемы, соотносить свою проблему с территориальным и ситуативным контекстом и тенденциями. Избегать эмоциональной аргументации.

- Сообщая партнерам о проблеме, предлагать выполнимый в реальной текущей ситуации пакет решений.
- Важна технологичность, умение сформулировать свою деятельность в проектной логике: задачи, действия, исполнители, средства, ресурсы, сроки, планируемый результат.
- Чиновник – тоже человек, поэтому общение должно строиться на разумном сочетании человеческого позитивного отношения и информирования, основанного на жалобах и на фиксировании нарушений законодательства, с возможностью последующего извещения общероссийских организаций пациентов и государственных органов.

### **Алгоритм построения диалога с представителями властных структур**

Несколько упростив ситуацию, процесс подготовки и проведения диалога с представителями власти можно свести к неким универсальным последовательностям действий – алгоритмам.

#### ***Алгоритм установления контакта***

1. Собрать пакет документов удостоверяющих Ваши полномочия (письма о Вашем назначении, удостоверение, документ о членстве в общественной организации и т.п.).
2. Составить перечень ключевых представителей власти, с которыми необходимо взаимодействовать (гл. Невролог, представители Министерства здравоохранения, Росздравнадзора, МСЭК, профильные депутаты, УПЧ) и собрать их контактные данные.
3. Познакомиться с ними: отправить письмо о назначении Вас, лично познакомиться (личный прием, знакомство на мероприятии), рассказать о своих возможностях по помощи в контактировании с пациентами, сборе и анализе информации.
4. Постепенно наращивать контакт, используя конкретные поводы: жалобы и обращения, запросы Росздравнадзора и ООИБРС, необходимость включения новых пациентов в списки на предоставление лекарственного обеспечения, медицинской и социальной помощи, сообщение сведений из общественной организации, приглашение и совместное участие в публичных мероприятиях и т.п.

#### ***Алгоритм проведения диалога***

1. Проанализировать текущую ситуацию.
2. Определить проблему, требующую решения.
3. Определить причины проблемы и степень их устранимости.
4. Сформулировать требующееся и одновременно выполнимое в обозримые сроки с наличными ресурсами решение проблемы.
5. Выявить группу лиц принимающих решения (ЛПР) по данному вопросу.
6. Определить круг лиц, подготавливающих проекты решений для ЛПР.
7. Выстроить план диалога с данными персонами:
  - a. Сформулировать для себя требующийся от собеседника результат,
  - b. Обозначить социальную значимость и опасность проблемы,

- c. Подготовить проект решения проблемы,
  - d. Спроектировать возможные возражения партнера, подготовить свою аргументацию и контраргументацию для работы с возражениями,
  - e. Определить адекватную форму и канал обращения,
  - f. Собрать контактные данные.
8. Реализовать план диалога через выбранные мероприятия (письма, визиты, выступления, организацию обсуждений, участие в мероприятиях госорганов, предоставление информации, публикации в СМИ, жалобы, пакетные предложения).
  9. Получить официальное решение.
  10. Отследить выполнение решения.
  11. Оценить эффект; закрепить позитивные аспекты и наметить план по нивелированию негативных аспектов полученного на практике результата.
  12. Донести информацию до руководства НКО.

## Рекомендации по работе с переговорными площадками

### *Смысл участия в переговорных площадках*

Общественная организация существует для того, чтобы менять ситуацию в регионе, делая ее более благоприятной для своих членов.

Эта задача выполнима только во взаимодействии с властью. Для этого нужно понимать, как действуют органы власти (структура, зоны ответственности, язык, нормы, механизмы принятия решений) и каким образом с ними можно взаимодействовать.

Для того, чтобы люди, страдающие от РС, получили какую либо помощь, должна быть сформулирована и озвучена важная проблема и проект ее преодоления, должно быть принято решение в законодательных органах, решение должно быть реализовано органами исполнительной власти, а реализация должна быть проконтролирована надзорными органами.

Инициатором и ускорителем всех этих процессов может быть общественная организация.

Основным средством такой деятельности для общественной организации является участие в переговорных площадках при органах власти.

Переговорная площадка – это способ установления *благожелательного контакта* и конструктивного диалога, это средство *быстрого* и *прямого* донесения информации до лиц принимающих решения, это возможность *быстрого принятия решения* по вашему вопросу.

Принятие решения на ПП при статусном лице или органе власти, позволяет:

- получить статусного лоббиста данного документа,
- сократить число бюрократических фильтров при прохождении документа,
- улучшить качество документа с точки зрения готовности к реализации,
- получить одобрения документа со стороны инстанций (даже если документ не пройдет весь путь, вы получите одобрения со стороны ряда промежуточных инстанций, что облегчит дальнейшее решение вопроса).

Общественный Совет видится представителям власти управляемым инструментом. Но он должен работать на благо пациентов. Для этого вы должны его инфицировать – ввести в его состав активных людей, представляющих проблему.

### ***Возможное «местонахождение» общественных переговорных площадок***

- При спикере Законодательного собрания Субъекта Федерации;
- При депутате Законодательного собрания Субъекта Федерации;
- При комитете Законодательного собрания Субъекта Федерации;
- При аппарате Законодательного собрания Субъекта Федерации;
- При министерствах и департаментах Администрации Субъекта Федерации;
- При руководителе исполнительной власти Субъекта Федерации;
- При мэре столичного муниципалитета Субъекта Федерации;
- При органе законодательной власти муниципалитета Субъекта Федерации;
- При представителе Президента Российской Федерации;
- При руководителе Федерального округа;
- При Уполномоченном по правам человека Субъекта Федерации;
- При Росздравнадзоре и других представительствах федеральных структур.

### ***Виды переговорных площадок***

Переговорные площадки могут быть постоянными или временными. Временные могут принимать самые различные формы. Это могут быть круглые столы, совещания, общественные слушания, встречи, комиссии или какие либо рабочие группы.

Рабочая группа, - это временный союз специалистов разных специальностей, разных ведомств, созданный для достижения конкретной цели. Например, РГ создаются для подготовки конкретного законопроекта. Обычно одна группа – одна задача. Закончен законопроект - группа распускается.

Основные виды постоянных переговорных площадок - это: Общественный совет, Экспертный совет, подразделения по работе с общественными организациями и СМИ, комиссии. Общественными советами именуется общественные совещательные органы, создаваемые при законодательной власти (думе, законодательном собрании и т.п.). Общественными палатами именуется органы, создаваемые при исполнительной власти (губернаторе, министерствах и т.п.)

### ***Организация работы переговорной площадки***

Переговорные площадки это место где задаются вопросы, получают ответы, принимаются решения. Переговорная площадка - это место для переговоров; здесь нужно не писать письма, а общаться очно. В постоянной переговорной площадке обязательно присутствуют следующие элементы:

1. Положения. Являются основанием работы любой постоянной переговорной площадки. Определяют как, когда, где и каким составом работает площадка.
2. Ответственные. Сотрудники органов власти, отвечающие за работу этой переговорной площадки. Они рассылают приглашения членам совета. К ним можно обратиться с запросом, предложить провести заседание по определенной теме.
3. Протокол. Результатом работы каждого заседания переговорной площадки должен быть протокол. Включает номер, дату, перечисление участников, темы высказываний, что было решено. Это обязательный паспорт, являющийся основанием для предоставления информации куда бы то ни было.

*Кто председатель совета по делам инвалидов при губернаторе?  
Губернатор. Кто будет подписывать решение переговорной площадки?*

*Губернатор. Легитимно ли решение губернатора для своих министерств?  
Да. Вот вам и смысл подписания документа.*

В среднем в общественный совет по делам инвалидов входит до 10 человек общественников. Кроме общественников туда входит ряд чиновников. Общественные советы при комитетах Думы это, в среднем, 15-20 чел. Совет при спикере может достигать и 50 человек.

*Когда мы в Самаре начинали эту работу, у нас было человек 12-15, которые постоянно бегали с одной площадки на другую. Это были 12 наиболее мощных организаций Самарской области, которые друг за друга держались и как шерочка с машерочкой, перетекали из одной структуры в другую и поддерживали инициативы.*

### **Как включиться в работу общественной переговорной площадки**

Для этого необходимо написать заявление руководителю площадки. Сообщить в нем, что вы представляете интересы такой-то группы людей, что у нас такая-то большая организация, что вас волнуют такие-то вопросы, что вы предлагаете инициативы для улучшения качества жизни этих людей. Указать, что просим включить в совет такие-то наши кандидатуры. Приложить резюме: ФИО, статус, регалии, образование, опыт деятельности в данной сфере. При представлении себя постарайтесь максимально «надуть» щеки. Вспомните и опишите все имеющиеся у вас плюсы, опыт работы, звания, регалии и т.п.

*Как мы попали в Росздравнадзор? Мы сначала обрушили на систему управления Зурабова весь свой негатив, потому что тогда рассеянный склероз выкидывали из ДЛО и когда Росздравнадзор пригласил меня на первое заседание прежде чем сними начать ругать о том кто они и кто мы, я взял автореферат своей диссертации докторской, пару монографий, которые мы писали с достаточно влиятельными людьми и врачами, академиками, положил это передними и сказал, если все вопросы по поводу мое компетенции закончены, давайте приступим к деловым отношениям. Потом их собралось чел 10, начиная с руководителя Росздравнадзора, включая глав департаментов, начались нормальные разговоры, поэтому ваше резюме будет здесь очень даже уместно, особенно там где вы указываете все ваши регалии, поэтому щеки поплотнее (Здесь и далее курсивом приведена живая практика сотрудников ООИБРС, зафиксированная материалами исследования лучших практик НКО).*

В регионах могут существовать технические отличия по процедуре вхождения в различные советы. Например, в Самарской области, для того чтобы войти в состав Общественного совета при Губернской Думе необходимо подписать Коллективный договор с Думой.

Если общественного совета на необходимом вам месте нет, то вы можете стать инициатором его создания с позиции общественного эксперта, представителя НКО. Для этого необходимо написать письмо на имя руководителя, при котором (при ведомстве которого) необходимо создать переговорную площадку. Указать необходимо примерно следующее «мы, общественная организация, просим вас рассмотреть возможность организации при ... Общественного совета для наиболее полного рассмотрения вопросов ...».

*Случаи, когда органы власти ищут и находят НКО, достаточно редки. И это несмотря на то, что тому же Министерству здравоохранения гораздо удобнее работать с общественной организацией, объединяющей*

пациентов, чем с каждым пациентом отдельно. Скорее общественным организациям приходится самим выходить на органы власти.

Сами выходите на Законодательные собрания, Министерства, глав регионов. Это ключевые точки, наиболее удобные и эффективные для создания переговорных площадок. Действуйте инициативно. Разбудите, растормошите их. Пока вы не станете задавать вопросы, Думы или заксобранья, министерства и все остальные не будут учитывать интересы общественных организаций, не будут вас замечать, вообще не будут знать о вашем существовании.

### ***Могут ли отказать в участии в общественном совете?***

Могут. Не готовьтесь, что вас везде примут с распростертыми объятьями. Представителя общественной организации как правило считают городским сумасшедшим.

### ***Стоит ли указывать, что состоишь в другом совете?***

Конечно, указывайте. Это ваш плюс. Указывайте, что вы эксперт, что у вас такой-то стаж, что вы состоите в совете, что участвовали в таких-то конференциях, туда выезжали, все ваши перемещения, которые произошли, это все в плюс. Вы прошли обучение, переобучение — всё в плюс.

По гражданскому кодексу, вы как гражданин РФ, имеете право организовать любое количество общественных организаций, участвовать в любом количестве площадок.

### ***Как получить первоначальные знания о работе площадок?***

Читайте эти рекомендации. Ищите в интернете, какие общественные советы существуют в вашем регионе. Например, Министерство социального развития Самарской области, выпускало бюллетень, в котором указывало перечень служб министерства с описанием, чем они занимаются, и кто их возглавляет. Используя этот перечень можно самостоятельно выстроить последовательность действий по продвижению какого либо решения. В Самаре мы первоначальные знания о работе площадок получили в региональном ресурсном центре НКО. В Самаре он называется ИЭКА «Поволжье». Аналогичная структура есть в каждом регионе. В ее задачи входит развивать общественный сектор региона, в том числе давать гранты и оказывать помощь в обучении работе гражданского общества, гражданским инициативам.

### ***Специфика работы различных переговорных площадок***

#### ***При спикере регионального парламента***

Весьма распространена. Эффективна с точки зрения лоббирования законопроектов. Решение ПП при спикере идет за подписью последнего. Подписавшись, он берет на себя ответственность за документ и начинает продвигать его через инстанции. А последние (например, комитеты Заксобранья) воспринимают такое решение как указание сверху и стараются не «оттолкнуть» его, а дополнить и улучшить с тем, что бы обеспечить его принятие последующую реализацию. Минуту массу дополнительных согласований, одобренный документ попадает в Совет Заксобранья. Вероятность его одобрения весьма высока. Даже если этого не происходит, у вас будут на руках промежуточные одобрения данного документа (от комитетов и т.п.), которыми так же можно будет оперировать.



### При Аппарате заксобрания.

Такая площадка уже существует в большинстве регионов. Это Отдел (управление, специалист и т.п.) по работе с общественными организациями. За ее работу отвечает руководитель Отдела, а в целом отвечает депутат, руководящий действиями Аппарата Заксобрания. Последний, обычно, имеет значительный политический вес.

*Могу вам сказать, что в 2001 году, когда еще даже дух понимания того, что существует специализированный центр рассеянного склероза даже и не витал нигде, он только в Самаре появился, мы через Думу вот таким путем продвинули законопроект на 168 млн., у нас были депутаты, которые были настолько против этого проекта, что потом сложили свои полномочия.*

### При Комитете по здравоохранению Заксобрания и депутатах.

Если ПП действует при Комитете по здравоохранению заксобрания, то его решения подписываются руководителем Комитета. Это значит, что данный документ автоматически входит в перечень предложений Комитета на заседании Заксобрания.

Если ПП действует при депутате, то документы идут за его подписью и становятся его предложениями в заксобрание или его запросами в его комитет. Частой является ситуация, когда депутат проявляет высокую активность. Он нуждается в собственных темах, на которых будет специализироваться. Вы можете дать ему такую тему.

### При Губернаторе.

Имеются во всех регионах. Например, общественный совет по делам инвалидов.

Необходимо еще раз упомянуть, что статус представителя крупной НКО позволяет вам беседовать на равных с любым представителем власти, вплоть до руководителя региона. При этом, при правильном подходе лично губернатор может чрезвычайно быстро решить конкретную понятную проблему, пусть даже и затратную (например, выделение средств на лекарства для вновь выявленного больного).

### При Аппарате правительства региона.

Данную структуру стоит выделить отдельно. Дело в том, что в АП обычно находятся и департамент по работе с общественными организациями, и департамент по работе со СМИ. Эти структуры важны, так как на их базе могут проводиться и круглые столы и общественные слушания и другие собственные мероприятия.

*Например в Аппарате Правительства Самарской области есть и общественный совет и постоянно действующие круглые столы при Департаменте по работе с некоммерческими организациями. У них имеются председатели, регламент. Они приглашают на заседания участников. Причем нередко делают это от имени губернатора или руководителя АП. И пусть попробует министр не прийти на приглашение губернатора. Это хорошее место для работы.*

### При Министерствах.

Наиболее близко к теме Уполномоченный представитель НКО стоит Министерство (Департамент, Управление и т.п.) Здравоохранения и социального развития. При региональных минздравах обычно существует целый ряд общественных советов и комиссий.

*Работают они, шатко или валко. Как правило, они ручные и управляемые, но если вас не устраивает, как они работают, вы можете вносить нужный диссонанс.*

*Расскажу на примере, работы Самарской области, как сработала эта система когда нужно было создать первый и пока единственный в России специализированный Центр для комплексной реабилитации больных с рассеянным склерозом.*

*Некая общественная организация через совет по делам инвалидов при Министерстве здравоохранения внесла свои рекомендации по созданию Полифункционального нейроцентра комплексной реабилитации инвалидов. В рамках работы общественного совета пришлось работать с Отделом по реабилитации, с Департаментом по реабилитации, с Управлением по реабилитации, ну и естественно с министерством. То есть с несколькими уровнями.*

*Сначала документы были поданы в отделение по реабилитации. Здесь были обговорены общие черты о том, что эта тема интересная, что она должна быть. Отделение выстроило свою логику документов и дало перечень предложений для внесения в строку бюджета будущего года. Департамент собрал какое-то количество предложений с других Отделений, Управление собрало какое-то количество предложений с департаментов. И тема из какой-то болванки стала более отточенной. Появились письма, обоснования, цифры, рекомендации специалистов, юристов, организаторов здравоохранения.*

*Когда в итоге министр здравоохранения принес это предложение на коллегию Администрации области, то у нас уже был четкий проект этой строки закона о бюджете. В проекте было указано, что это за центр, как он будет работать, каковы положения, какое штатное расписание, сколько будет реабилитироваться пациентов, какие нужны средства. Все это за полгода было проработано вместе с министерством.*

*У нас было 4 параллельно существующих рабочих группы. Одна была с финансистами, вторая - с медиками, третья - с организаторами здравоохранения, четвертая - с экономистами.*

*Далее законопроект попал в Думу. Первым делом спикер отослал его депутатам на прочтение в комитеты. Потом началось обсуждение в комитетах. Там, где были общественные советы, нами были подготовлены резолюции: тут поддержать, тут не поддержать.*

*Конечно же общественный совет не участвует ни в заседании Думы, ни в итоговом голосовании. В лучшем случае общественный совет участвует в переговорных площадках. Временных, тех которые называются согласительные комиссии. Такие комиссии нужны между первым и вторым чтениями законопроекта о бюджете, если есть какие-то несогласования. На этих комиссиях ставят проблему и договариваются в каком виде ее будут решать. В итоге получается готовый законопроект, который во втором или третьем чтении принимается и становится законом о бюджете данной территории на следующий год.*

*В итоге, предложение было включено в законопроект о бюджете. Законопроект был утвержден губернатором, поддержан общественным советом по делам*

*инвалидов при губернаторе, направлен в Заксобрание. Обращаю ваше внимание, что законопроект по бюджету следующего года готовят профильные министерства, а утверждает предложенное расходование денег – региональное законодательное собрание.*

*То есть первый большой этап - это работа с исполнительной властью, второй большой – с законодательной. Законопроект сначала нужно предложить и просчитать, а потом его обеспечить деньгами. Поэтому очень хорошо бы чтобы вы были и здесь и здесь.*

#### *При Росздравнадзоре.*

Задача этого общественного совета - контролировать качество выполнения закона. Она абсолютно совпадает с вашей. Региональное управление Росздравнадзор по идее не влияет прямо не местную политику. Но информация от него тут же попадает в Москву. Соответственно, ваша задача стать на этой площадке наиболее информационно активным участником. Что бы вас знали, чтобы у вас была репутация, чтобы от вас шли сигналы о том, как же в регионе происходит обеспечение больных рассеянным склерозом.

#### *При Уполномоченном по правам человека.*

УПЧ является специальным институтом защиты прав пациентов, прав жителей региона. В этом плане он – коллега Уполномоченный представитель НКО. УПЧ получает государственное финансирование, которое должен оправдывать своей деятельностью. Однако известность этого института в обществе не велика, поэтому Уполномоченный представитель НКО часто испытывают «голод» на жалобы. Как правило УПЧ делают при себе общественные советы, куда приглашают общественные организации, которые несут им эти жалобы. В конце года каждый региональный УПЧ обязан написать и опубликовать доклад о соблюдении прав человека на территории. Доклад идет на стол губернатора, и УПЧ при президенте.

#### *При партиях.*

При партиях, часто делаются переговорные площадки. Их целью является, скорее, не помощь пациентам, а выяснение нужд и установление благожелательных отношений с организациям, представляющими крупные группы электората.

*ОООИБРС, например, активно взаимодействует с Центром социально-консервативной политики Единой России. Фактически, это мозговой центр Единой России, где собирается информация о проблемах России. В систематизированном виде эта информация попадает в программу партии. В программе партии вашего региона может быть указано, что партия желает создать специализированный центр в Перми, и будет этого достигать. Помимо прочего, у вас появляются союзники, на которых вы можете ссылаться. Ссылка на партию власти может иметь значение.*

***Законодательное разделение властей***

Статья 10 Конституции РФ разделяет единую государственную власть на три самостоятельных ветви: законодательную, исполнительную и судебную.

При этом в РФ действуют три уровня власти: государственная власть федерального уровня, государственная власть уровня субъекта федерации, местное самоуправление на уровне муниципалитета.

Согласно статье 11 Конституции РФ государственную власть на общедофедеральном уровне осуществляют Президент РФ, Федеральное Собрание, Правительство Российской Федерации, суды РФ.

Президент не входит в систему разделения властей, а возвышается над нею, осуществляя координирующие функции. Он определяет основные направления внутренней и внешней политики государства. Он использует согласительные процедуры для разрешения разногласий между органами власти Федерации и ее субъектов.

Исполнительная власть на федеральном уровне представлена правительством, которое действует самостоятельно и наряду с Президентом. Оно состоит из Председателя Правительства, его заместителей и федеральных министров. Правительство РФ - это коллегиальный орган исполнительной власти государства и субъектов Федерации, который осуществляет государственную власть на всей российской территории.

Помимо Правительства в РФ действуют и другие федеральные органы исполнительной власти — министерства, государственные комитеты, агентства при министерствах, федеральные службы, а также их территориальные органы. Все надзорные органы и структуры находятся внутри исполнительной власти.

Законодательная федеральная власть воплощена в Федеральном Собрании, которое состоит из двух палат - Совета Федерации и Государственной Думы. Депутаты Госдумы избираются населением, а членами Совета Федерации являются представители законодательных и исполнительных органов регионов или их нынешние главы. Совет Федерации и Государственная Дума готовят, рассматривают подготовленные другими структурами и принимают законы федерального уровня. Внутри них по направлениям действуют комиссии и комитеты. В Конституции закреплено право обеих палат контролировать деятельность правительства. Для этого создана Счетная палата Федерального Собрания. Госдума заслушивает отчет правительства об исполнении федерального бюджета и отчеты министров по актуальным вопросам.

Судебная власть так же самостоятельна, как две другие ветви. В Российской Федерации судебная власть осуществляется посредством конституционного, гражданского, административного и уголовного судопроизводства. Судебная власть в целом едина и неделима, однако условно правосудие можно подразделить на конституционное, общее и арбитражное. Все суды независимы и подчиняются только Конституции и федеральному закону. На уровень субъекта федерации или муниципалитета судебные полномочия не делегируются.

Российская Федерация разделена на субъекты (республики, области, края, гг. Москва и Санкт-Петербург). В субъектах действуют территориальные органы государственной власти. Региональные законодательные собрания (Дума, Парламент, Совет, Хурал и т.п.) возглавляет спикер (председатель). Ниже него

стоят вице спикеры, главы комитетов и комиссий, депутаты, сотрудники аппарата.

Исполнительные региональные органы представляют собой сложную структуру, отличающуюся от региона к региону. В них обычно входят правительство (администрация), министерства, подразделяемые на департаменты, управления и отделы, отдельные департаменты, агентства, созданные при министерствах, комитеты комиссии. Во главе стоит губернатор или президент.

Система органов государственной власти субъектов устанавливается ими самостоятельно в рамках Конституции и федерального закона. Органы государственной власти субъекта подчиняются соответствующим органам федерального уровня.

На уровне субъектов федерации так же действуют территориальные представительства федеральных органов исполнительной (представители Президента, представительства министерств, управления и представительства федеральных служб, институтов и комитетов) и судебной власти (суды).

Необходимо понимать, что представительство федеральной службы находящееся в регионе (МСЭК, ФАС, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, УПЧ) формально не подчиняются никому в регионе. Могут существовать неформальные связи (например, Росздравнадзор обычно формируется из бывших сотрудников местного Минздрава).

При этом надзорные федеральные службы заинтересованы в том, чтобы поставлять в Москву информацию отличающуюся от официальной, подаваемой региональными министерствами. В этом их функция. В этом возможность Уполномоченный представитель НКО быстро довести до «верха» информацию о нарушениях.

Субъекты федерации административно делятся на муниципальные образования. В рамках последних действуют органы местного самоуправления. Органы местного самоуправления не подчинены органам государственной власти субъектов федерации. Государственная власть делегировала муниципалитетам часть своих полномочий и надзирает за их исполнением посредством прокурорского надзора. То есть на этом уровне принимаются властные решения в пределах определенных функций, ограниченных федеральным законом.

На уровне муниципалитета всей полнотой власти обладают горожане, которые выбирают своего представителя – мэра. Поэтому все вопросы, связанные с каким-либо городским, муниципальным управлением они связаны исключительно с волеизъявлением горожан.

Муниципальное самоуправление состоит из представительского органа власти (Дума, Собрание депутатов, Городской совет и т.п.) и администрации (мэрии). На уровне муниципалитета осуществляется не законотворческая, а только нормотворческая деятельность, отсутствует подчиненная муниципалитету судебная власть. Система органов самоуправления устанавливается ими самостоятельно в соответствии с Федеральным законодательством и законодательством субъекта федерации.

Следует понимать, что местное самоуправление не тождественно различным формам самоорганизации граждан (ТОСы, домовые комитеты и т.п.). Последние не имеют властных функций.

Таким образом, на территории конкретного муниципального образования (например, столицы региона) действуют институты 3-х ветвей власти – законодательной, исполнительной, судебной, и 3-х уровней власти – федеральная, региональная, муниципальная.

Структура представительного и законодательного органа государственной  
власти  
Российской Федерации



**К ведению Государственной Думы относятся:**

- задача согласия Президенту Российской Федерации на назначение Председателя Правительства Российской Федерации;

**К ведению Государственной Думы относятся (продолжение):**

- решение вопроса о доверии Правительству Российской Федерации;

- назначение на должность и освобождение от должности Председателя Центрального банка Российской Федерации;

- назначение на должность и освобождение от должности Председателя Счетной палаты и половины состава ее аудиторов ;

- назначение на должность и освобождение от должности Уполномоченного по правам человека, действующего в соответствии с федеральным конституционным законом;

- объявление амнистии;

- выдвижение обвинения против Президента Российской Федерации для отрешения его от должности.

**К ведению Совета Федерации относятся:**

- утверждение изменения границ между субъектами Российской Федерации;

**К ведению Совета Федерации относятся (продолжение):**

- утверждение указа Президента Российской Федерации о введении военного положения;

- утверждение указа Президента Российской Федерации о введении чрезвычайного положения;

- решение вопроса о возможности использования Вооруженных Сил Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации;

- назначение выборов Президента Российской Федерации;

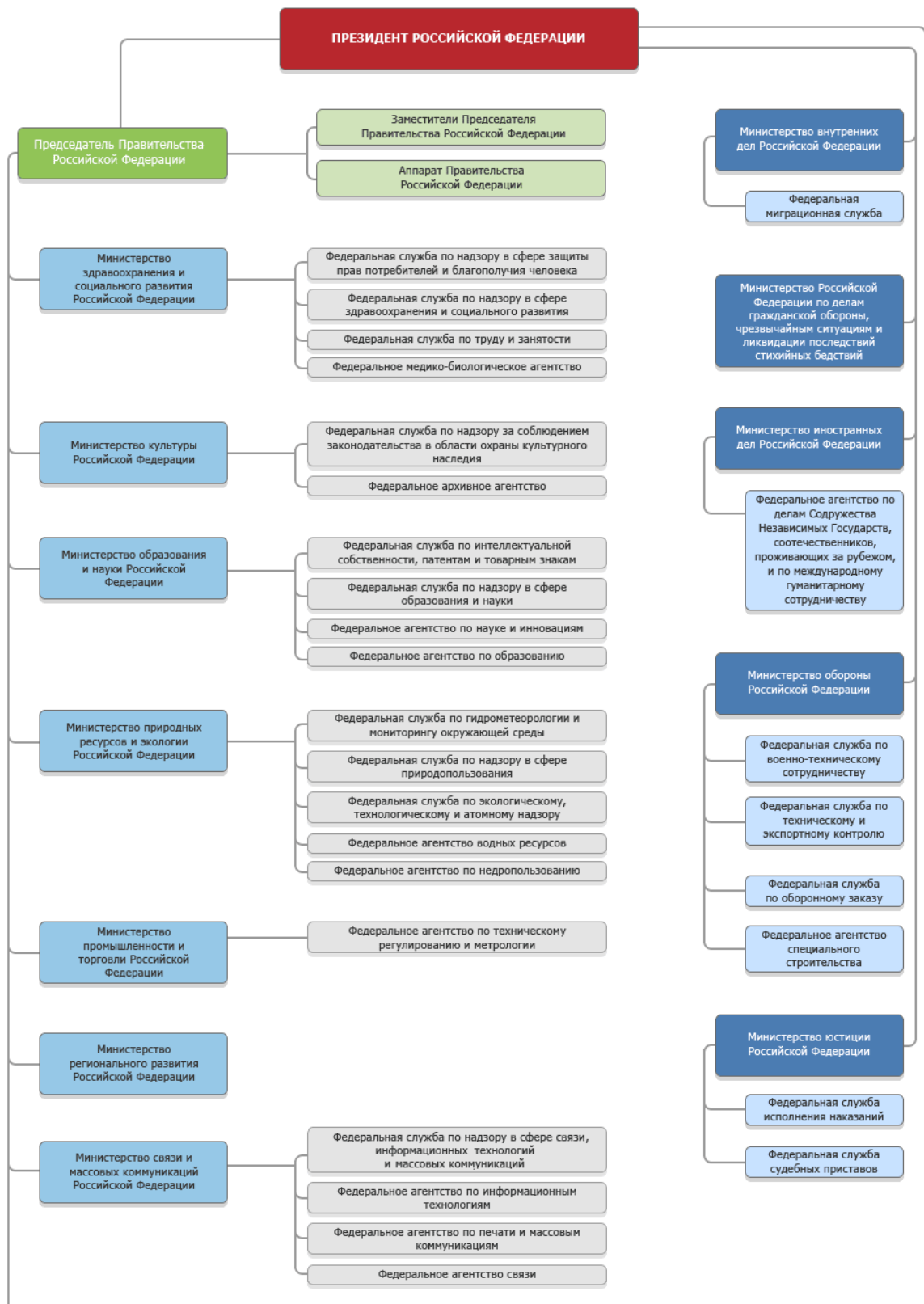
- отрешение Президента Российской Федерации от должности;

- назначение на должность судей Конституционного Суда Российской Федерации, Верховного Суда Российской Федерации, Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации;

- назначение на должность и освобождение от должности Генерального прокурора Российской Федерации;

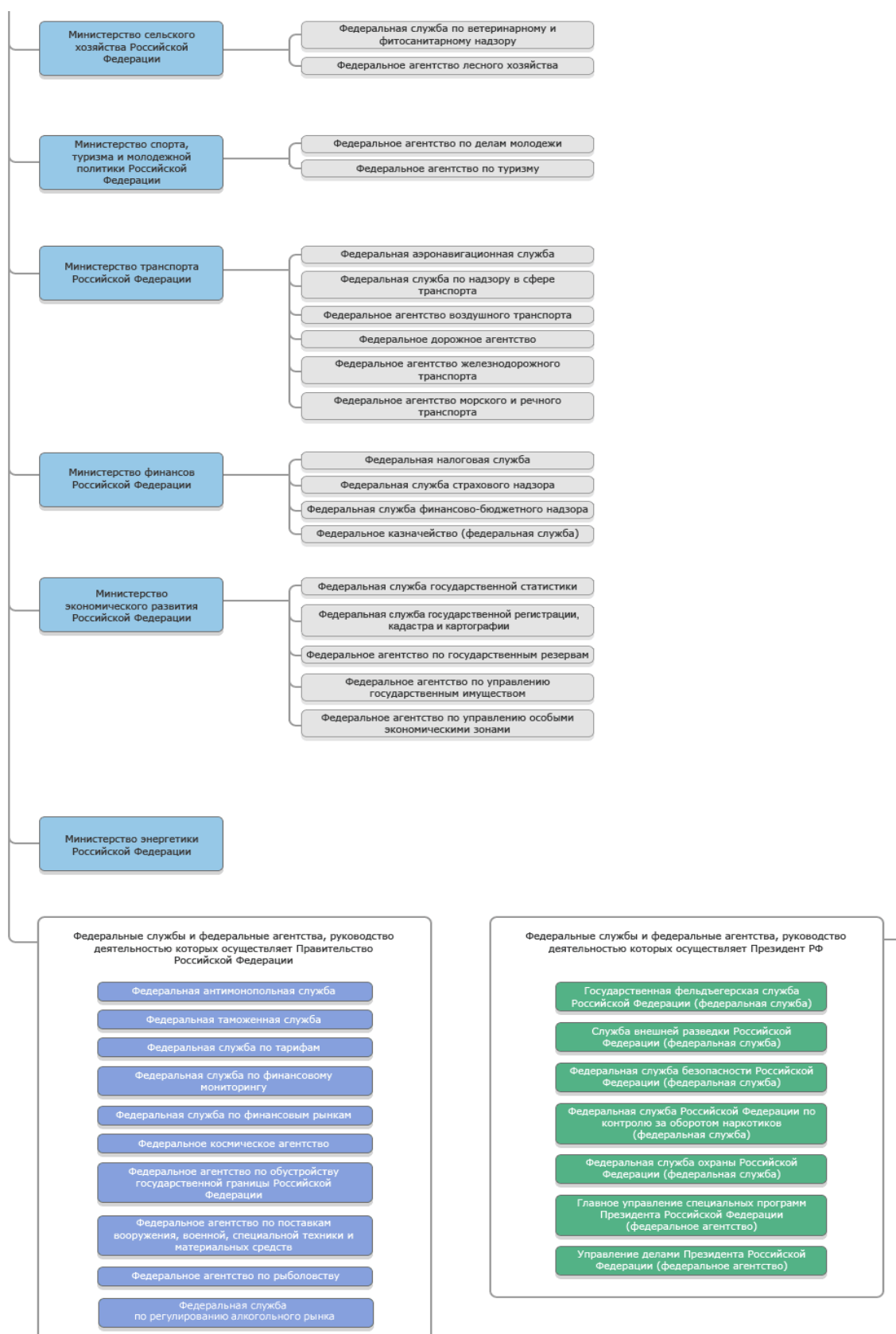
- назначение на должность и освобождение от должности заместителя Председателя Счетной палаты и половины состава ее аудиторов.

## Структура федеральных органов исполнительной власти (начало схемы)





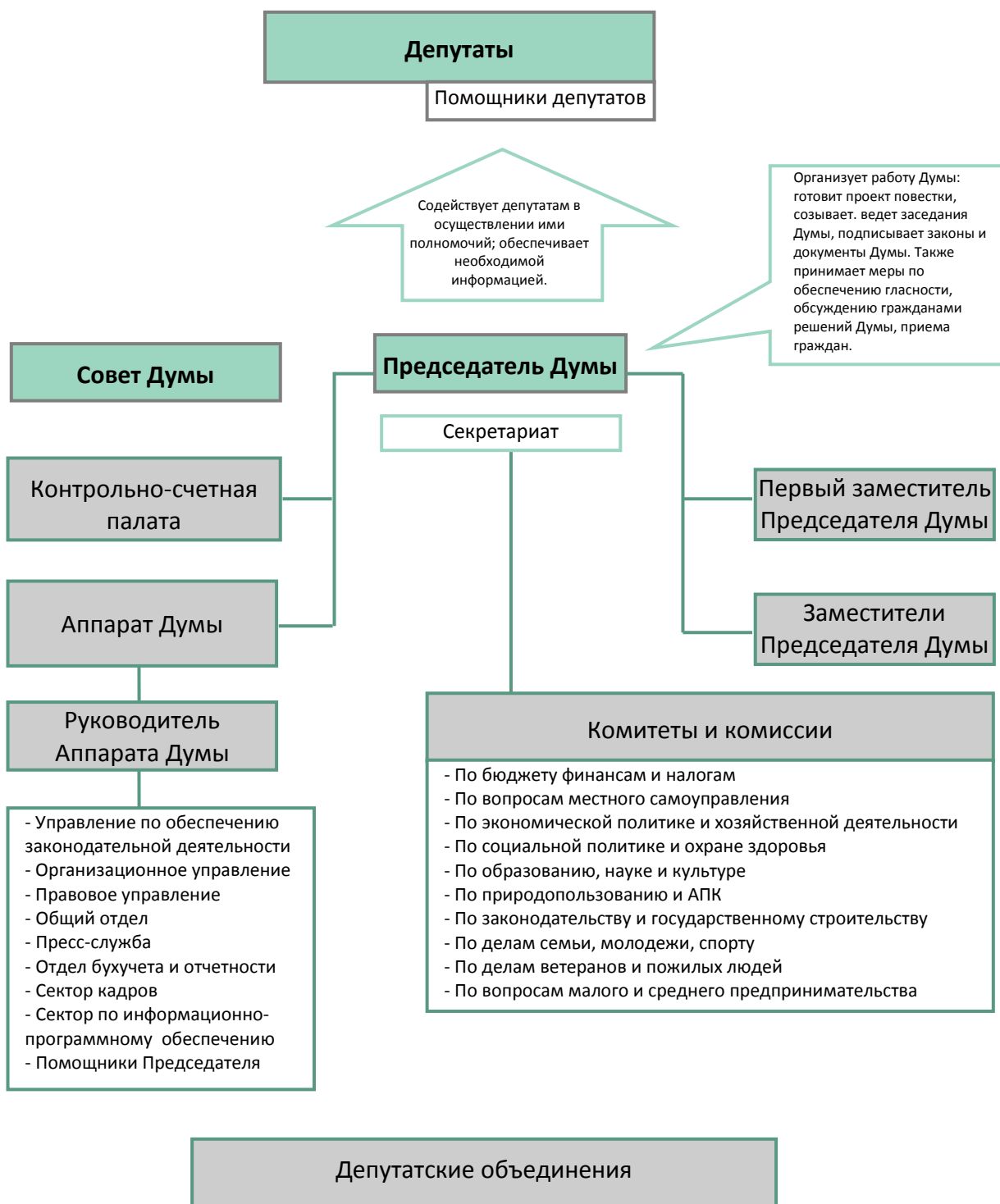
## Структура федеральных органов исполнительной власти (окончание схемы)



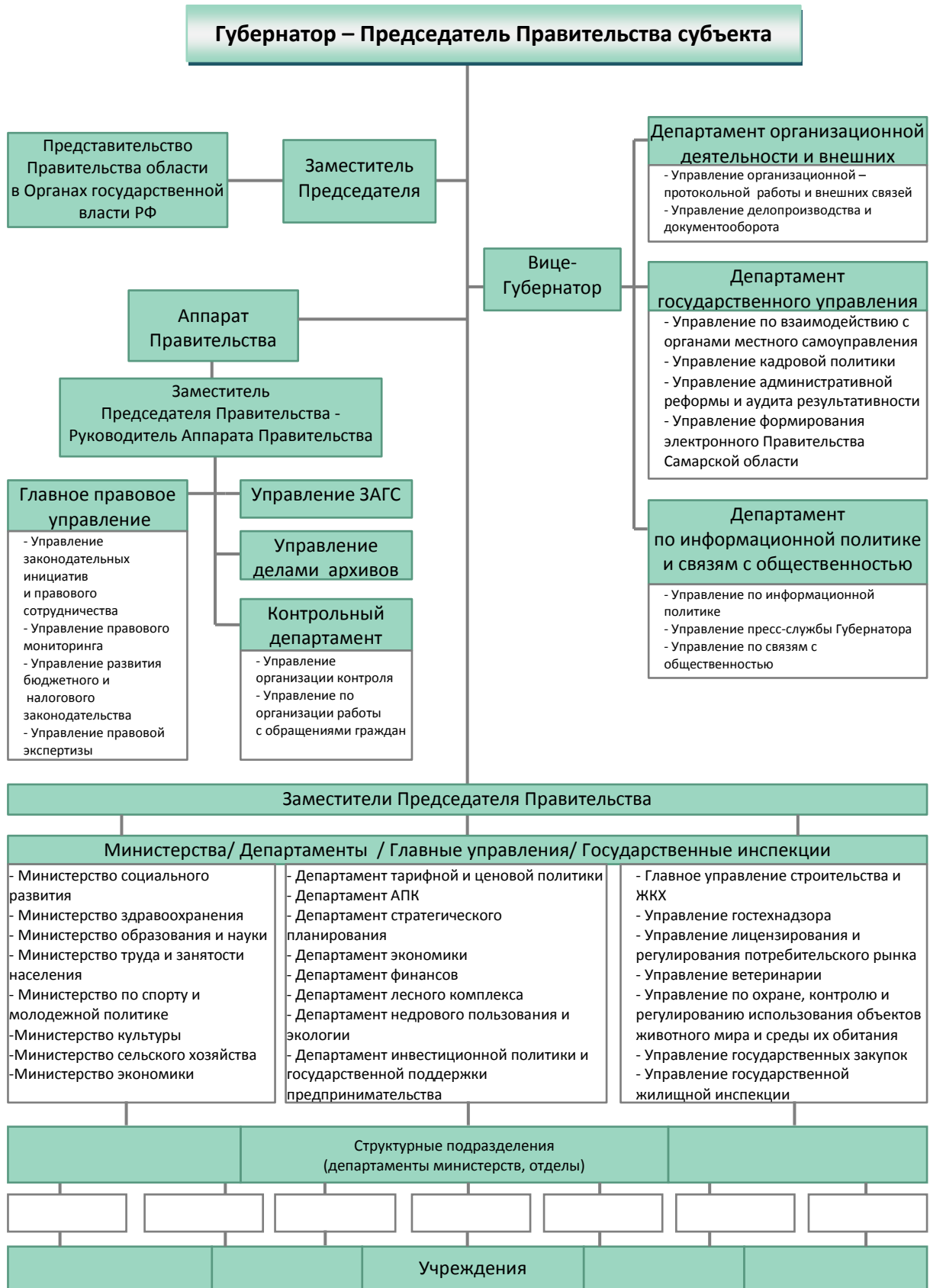
## Типовая схема органов власти субъектов Российской Федерации



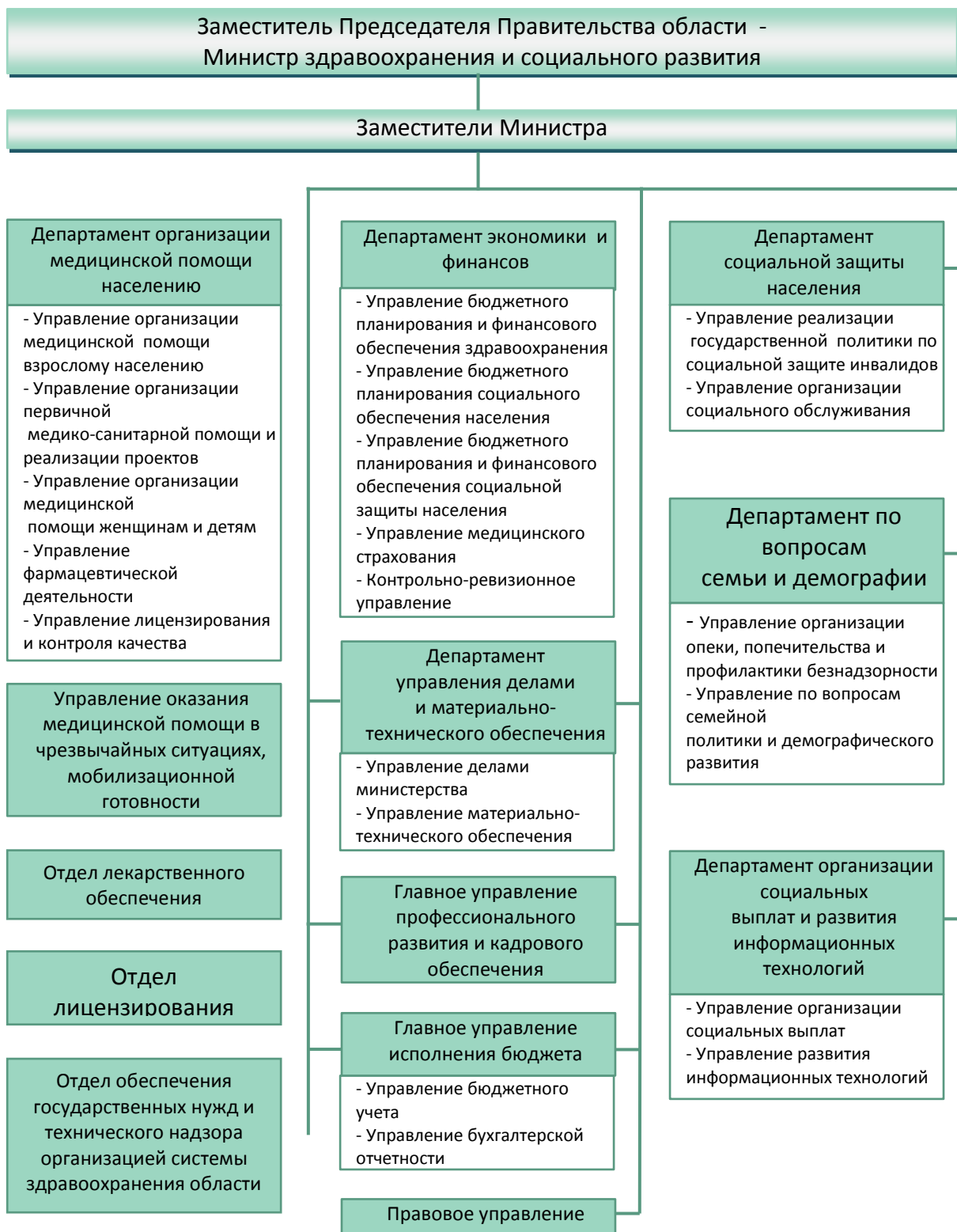
Типовая схема законодательного органа субъекта Российской Федерации - (Дума, Парламент, Законодательное собрание, Областной Совет, Хурал и тп.)



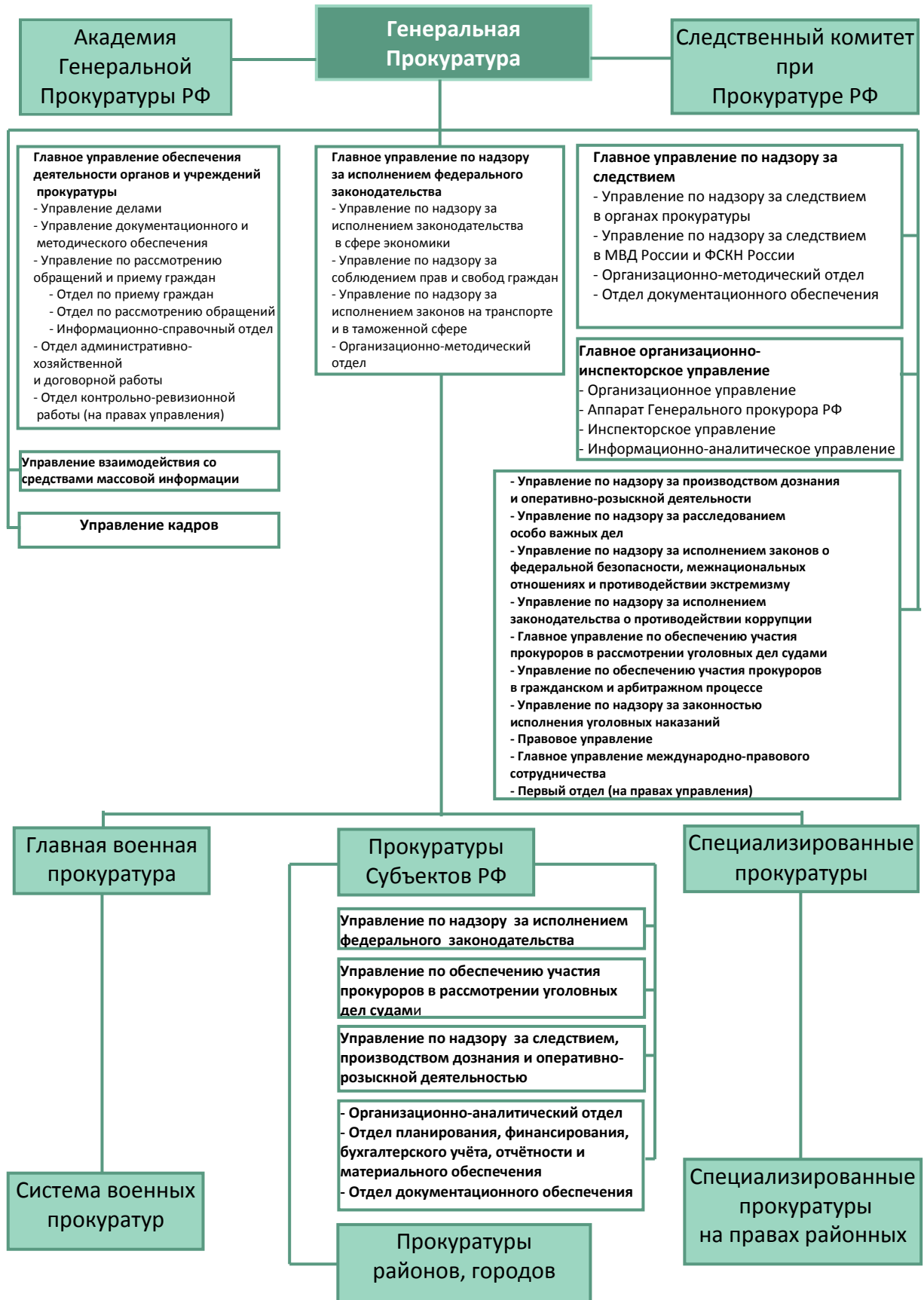
## Типовая схема органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации



**Типовая схема  
Министерства здравоохранения и социального развития  
субъекта Российской Федерации**



## Схема Прокуратуры Российской Федерации

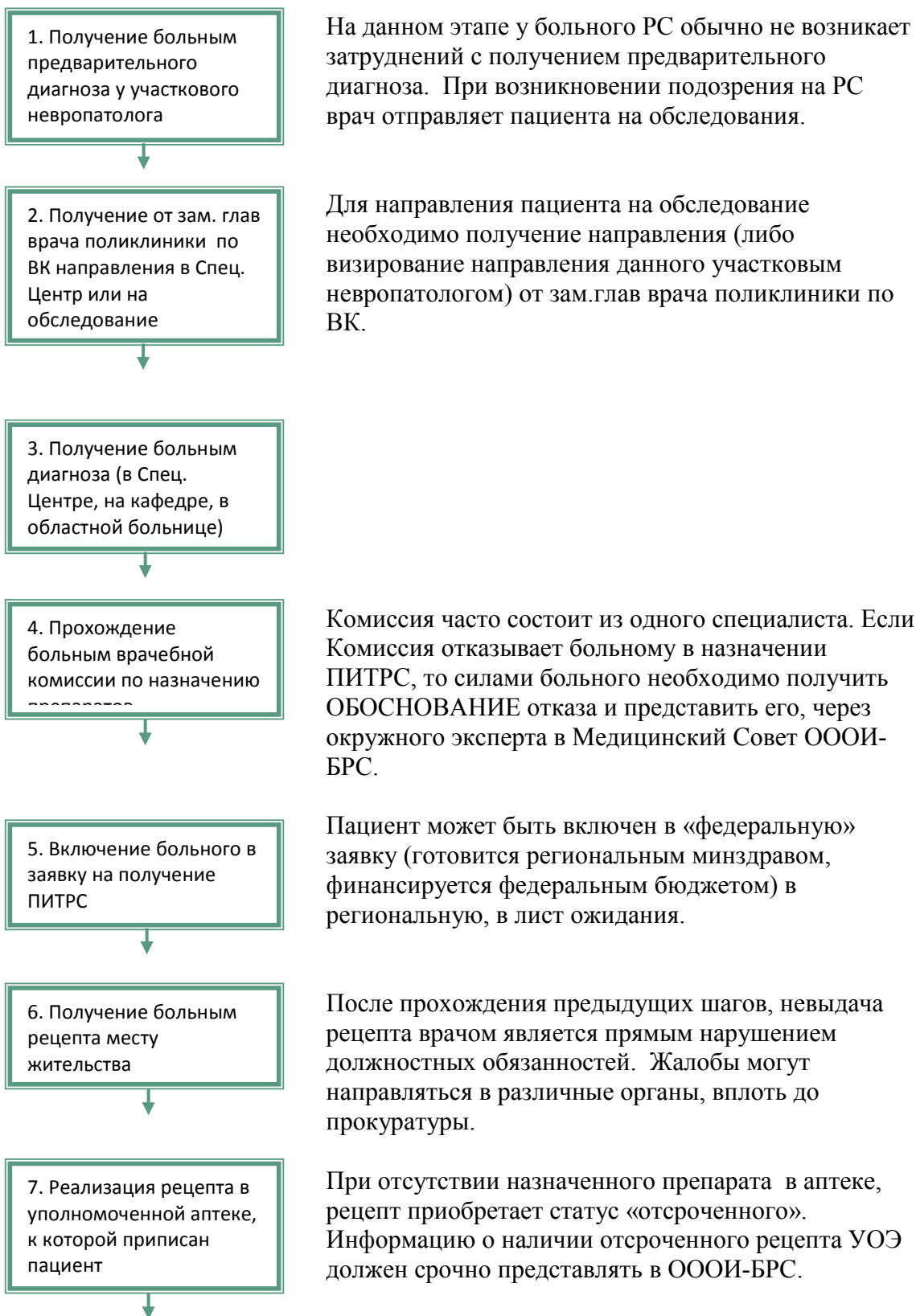


**Схема  
Федеральной службы по надзору  
в сфере здравоохранения и социального развития**



## 2.9. ИНСТРУКЦИЯ ПО ПО РАБОТЕ С ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТАМИ

### Схема взаимодействия Врача и Пациента – больного РС





8. Лечение препаратами группы ПИТРС



С 2009 г. лечение осуществляется под контролем Патронажной медсестры. Для ее прикрепления УОЭ должен направить 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.

9. Отмена препаратов группы ПИТРС



В случае отмены назначения препарата ПИТРС больному, УОЭ должен уведомить 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. Представитель НКО никогда не вмешивается непосредственно во взаимоотношения между врачом и пациентом. Представитель НКО не имеет права давать рекомендации медицинского характера.
2. При возникновении конфликтных ситуаций, представитель НКО может только обращаться к специалистам имеющим квалификацию и полномочия для оценки ситуации.
3. Представитель НКО во взаимодействии с медиками жестко опирается на нормативную документацию, регламентирующую действия медицинских работников.

### ***Основные проблемы и действия НКО по ним***

<b><i>Проблема</i></b>	<b><i>Действия НКО</i></b>
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 рег. министру здравоохранения, председателю думы, депутатам из профильных комитетов, губернатору. Дублирование жалоб в ООИБРС.
Отсутствие препарата в	Это нарушение принципов логистики закрепленных в

аптеке	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, представителя НКО, 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 ООИ-БРС.
Ангажированность специалистов	При подозрении на ангажированность врача, УОЭ имеет право только на сбор информации и предоставление ее в ООИ-БРС.
Неадекватное предпочтение специалистами одного препарата в ущерб остальным	При подозрении на неадекватные назначения, представитель НКО имеет право только на сбор информации и предоставление ее в ООИ-БРС.
Недовольство пациента врачом	При поступлении эмоциональных жалоб пациентов на врачей, представитель НКО имеет право только на сбор объективной информации и предоставление ее в ООИБ-РС.
Проблемы участия УОЭ в работе комиссии по назначению ПИТРС. Проблемы взаимопонимания и взаимодействия с МСЭК (ВТЭК/КЭК)	<p>Перед представителем НКО не стоит задача <i>обязательного и полноценного</i> участия в Комиссии. Участие – желательно. Участие может быть реализовано как <i>«присутствие при работе Комиссии», «наблюдение без права голоса»</i> и т.п.</p> <p>Для этого необходимо постепенное установление отношений сотрудничества. Возможные шаги для этого:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Предложить провести Круглый стол для обсуждения проблем с представителями заинтересованной общественности.</li> <li>- Предложить создать общественный совет, общественную комиссию или иной коллегиальный орган для обсуждения проблем с представителями заинтересованной общественности.</li> <li>- Попытаться создать Альянс с другими общественными организациями и вести диалог от их имени.</li> <li>- Получить письмо от регионального (при</li> </ul>

	<p>невозможности – Федерального, через ОООИ-БРС) Росздравнадзора к руководителю МСЭК с просьбой позволить присутствовать представителю НКО на заседаниях (например, в качестве <i>«наблюдателя без права голоса»</i>).</p> <p>МСЭК заинтересованы в снижении числа жалоб. Поэтому одним из инструментов может быть доведение жалоб до ОООИ-БРС, Росздравнадзора, Федерального Бюро МСЭК.</p> <p>Устанавливать договоренности имеет смысл не как физическому лицу, а как представителю общественной организации.</p>
<p>Проблемы доступа УОЭ к базе данных больных РС</p>	<p>Основой работы НКО является создание и ведение базы данных больных РС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- всех людей с диагнозом РС,</li> <li>- БРС, имеющих в соответствии с диагнозом право на ПИТРС,</li> <li>- получающих ПИТРС за счет федерального и регионального бюджетов и иных источников,</li> <li>- по видам препаратов,</li> <li>- по группам инвалидности,</li> <li>- находящихся в листах ожидания,</li> <li>- отказавшихся от приема выписанных препаратов и т.п.</li> </ul> <p>Такая база данных должна формироваться за счет сопоставления данных 5 основных источников.</p> <p>Во-первых, НКО должна иметь собственную базу данных созданную вместе с местными организациями РС.</p> <p>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.</p> <p>В-третьих, необходимо установить контакт с главным неврологом региона.</p> <p>В-четвертых, база данных имеется у фармпредставителей и они готовы обмениваться информацией с НКО.</p> <p>В-пятых, информация о больных есть у патронажных медсестер, всероссийскую службу которых с 2009 г. создает ОООИ-БРС.</p> <p>Кроме того, часть данных можно получить в дирекции ОООИ-БРС и у дистрибьюторов препаратов.</p>
<p>Отмена препаратов группы ПИТРС</p>	<p>Уведомление ОООИ-БРС о том, кто отменил назначение, по какой причине, когда.</p>

**Приложение.**  
**Нормативная документация,**  
**регламентирующая действия медицинских работников**

Постановление Правительства Российской Федерации от 2 декабря 1999 г. N 1328 о внесении дополнений в Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 1995 г. N 335.

Постановление Правительство Российской Федерации от 14 февраля 2009 г. N 115 о внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 17 октября 2007 г. N 682

Постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 о порядке и условиях признания лица инвалидом (в ред. постановления Правительства РФ от 07.04.2008 N 247).

Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. N 890 О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (в ред. Постановлений Правительства РФ от 10.07.1995 N 685, от 27.12.1997 N 1629, от 03.08.1998 N 882, от 05.04.1999 N 374, от 21.09.2000 N 707, от 09.11.2001 N 782, от 14.02.2002 N 103, с изм., внесенными Постановлением Правительства РФ от 29.03.1999 N 347 (с изм. 09.11.2001)).

Федеральный Закон n 178-ФЗ о Государственной социальной помощи (в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ (ред. 29.12.2004), от 25.11.2006 N 195-ФЗ, от 18.10.2007 N 230-ФЗ, от 01.03.2008 N 18-ФЗ, от 14.07.2008 N 110-ФЗ, от 22.12.2008 N 269-ФЗ, от 28.04.2009 N 72-ФЗ).

Федеральный Закон N 122-ФЗ О государственной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним.

Федеральный Закон N 132-ФЗ О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты российской федерации по вопросам реабилитации инвалидов.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 706 от 14 ноября 2007 г. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рассеянным склерозом.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 105 от 22 февраля 2006 г. об утверждении стандарта медицинской помощи больным рассеянным склерозом.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 706 от 14 ноября 2007 г. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рассеянным склерозом.

## 2.10. ИНСТРУКЦИЯ ПО РАБОТЕ С НКО ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ

Настоящая инструкция особенно важна для пациентских организаций.

Во всем мире фармацевтические производители самым жестким образом ограничены во взаимодействии с врачами, пациентами и пациентскими организациями. Это связано с необходимостью соблюдать этичность в таком сложном вопросе как взаимодействие бизнес интересов и интересов пациента. Очевидно, что права пациента должны защищаться в таком тандеме с особой тщательностью. Вместе с тем фармацевтические производители - это один из основных партнеров пациентских НКО.

В силу важности и принятой терминологии, ОООИБРС инструкция по взаимодействию НКО с фармацевтическими производителями называется «Кодекс взаимодействия ОООИБРС с фармацевтическими компаниями».

Кодекс взаимодействия – это средство, с помощью которого ОООИ-БРС и ее партнеры публично заявляют о цели и принципах своего сотрудничества. Кодекс разъясняет этические и обязательства и служит участникам сотрудничества в качестве инструмента для самооценки.

Кодекс взаимодействия призван поддерживать высокие этические стандарты и определять нормы профессионального поведения участников в рамках взаимодействия, формирующие их ответственность перед обществом и пациентами.

### Цель взаимодействия

Повышение качества и продолжительности жизни людей больных рассеянным склерозом.

### Задачи взаимодействия

1. Повышение качества и доступности медицинской помощи больным рассеянным склерозом.
2. Повышение качества и доступности социальной реабилитации больных рассеянным склерозом.
3. Наиболее полное обеспечение пациентов больных рассеянным склерозом лекарственными препаратами.

### Принципы взаимодействия.

Под принципами взаимодействия понимаются основные начала, определяющие сущность, цель, содержание и формы делового партнерства и обеспечивающие достижение задач, определенных законом и подзаконными актами. В силу своей значимости они выступают ориентиром в осуществлении взаимодействия ОООИБРС и фармацевтических компаний.

**Принцип равноправия.** Равный доступ к участию во взаимодействии для всех его участников, обеспечение равных стартовых условий, отсутствие избранности в отношениях, распределении благ и затрат. Недопустимость ангажированности

**Принцип добровольности и обязательности.** Взаимодействие базируется на внутренних убеждениях каждого участника, с одной стороны, и на социальной ответственности за выполнение взятых на себя обязательств, с другой.

**Принцип открытости.** Взаимная открытость коммуникационной среды, прозрачность процедур взаимодействия и взаимное доверие к деятельности.

**Принцип достоверности.** Предоставление достоверной информации без затягивания этой процедуры, нераспространение ложных измышлений о стороне взаимодействия и о ее полномочных представителях.

**Принцип конфиденциальности.** Сохранение участниками конфиденциальности информации, полученной в ходе взаимодействия друг о друге и третьих лицах. Недопустимость передачи личных данных людей страдающих от рассеянного склероза без их согласия.

**Принцип легитимности.** Взаимодействие реализуется в рамках законных процедур и принятых в профессиональной среде этических кодексов. Обеспечение в равной степени прав и законных интересов всех сторон взаимодействия и договорное партнерство в рамках двух-, трехсторонних соглашений о совместной деятельности и социальном партнерстве. Недопустимость действий направленных на ухудшение состояния пациента, снижающих качество его жизни.

**Принцип корпоративности.** Участвуя во взаимодействии каждый из участников в своих действиях опирается, помимо всего прочего, и на внутренние корпоративные документы, нормирующие профессиональную, функциональную и этическую составляющие деятельности участника.

**Принцип коллегиальности.** Совместная выработка решений, конвенциональное решение спорных вопросов и вопросов развития.

**Принцип взаимодополняемости.** Взаимная поддержка участниками друг друга за счет включения во взаимодействие ресурсов, отсутствующих у партнера.

**Принцип доброжелательности.** Осуществление взаимодействия без проявлений конфронтации, но с демонстрацией другой стороне стремления в совместном поиске взаимовыгодных решений.

### **Организация взаимодействия**

Взаимодействие осуществляется на основании договора о сотрудничестве и совместной деятельности.

Взаимодействие осуществляется полномочными представителями сторон по горизонтальным уровням: на мировом уровне, уровне Российской Федерации, Федерального округа, региона.

Уровень взаимодействия представителей партнеров ограничен территорией их ответственности.

Полномочия представителей партнеров определяются внутренними документами делегировавших их организаций.

Представителями, со стороны ОООИ-БРС, в пределах своих территориальных и функциональных полномочий, являются Президент, исполнительный директор, финансовый директор, главный бухгалтер, вице-президенты, уполномоченные общественные эксперты.

Ключевой точкой взаимодействия является всероссийская служба патронажных медсестер, совместно создаваемая участниками взаимодействия. Патронажная медицинская сестра, как функциональная единица, созданная в результате взаимодействия призвана влиять на качество помощи пациенту и на качество формирования и исполнения заявок на предоставление лекарственных препаратов, а так же услуг медицинской помощи и социальной реабилитации.

### **Средства взаимодействия**

- Информационный обмен,
- Консультирование и экспертные заключения,
- Привлечение к решению задач взаимодействия внешних партнеров
- Имиджевая, публичная поддержка,
- Обмен и распространение информационных материалов,
- Проведение программ обучения,
- Предоставление организационных и материально технических ресурсов,
- Финансовая поддержка,
- Труд волонтеров.

## 3. МАТЕРИАЛЫ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

### 3.1. МОДУЛЬ «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ИНВАЛИДОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ»

Работа с пациентами и их родственниками в группах психологической поддержки может проводиться специально обученными медицинскими или социальными работниками, получившими разрешение на проведение образовательной работы с пациентами, клиническими психологами, врачами-психотерапевтами.

#### Цели организации групп:

- повышение качества оказания психологической помощи пациентам с РС;
- повышение информированности целевого населения;
- улучшение качества жизни людей с РС и их родственников;
- адаптация людей с ограниченными возможностями в социуме.

#### Задачи:

- повышение информированности пациента о заболевании, прогнозе, методах лечения и реабилитации, факторах риска;
- выработка ответственности пациента за возможно более долгое сохранение своего здоровья;
- формирование объективного отношения к заболеванию, повышение мотивации к поддерживающему лечению и выполнению рекомендаций лечащего врача;
- отработка с пациентами умений и навыков по контролю за своим состоянием, способам адаптации и преодоления имеющегося дефицита;
- привитие пациентам навыков образа жизни с хроническим неврологическим заболеванием и ответственного отношения к своему здоровью.

#### Вспомогательные средства повышения эффективности проведения тематических групп:

- публикации по проблеме на бумажных и электронных носителях для пациентов;
- тематические периодические издания, выпущенные совместно с общественными инвалидными организациями.

#### Содержание занятий в психологических группах:

Полный цикл состоит из 4-х занятий продолжительностью по 60 минут, посвященных основным, наиболее важным, аспектам жизни с РС, которые требуют активного участия самого пациента.

#### Направления тематических занятий:

**Занятие 1.** Психологические особенности личности инвалидов; анализ психотравмирующих переживаний; рекомендации по психопрофилактике внутри семьи;

**Занятие 2.** Самопознание, самосовершенствование, самоуважение; психология преодоления внутриличностных и семейных конфликтов.

**Занятие 3.** Умеем ли мы общаться; больной РС и общество.

**Занятие 4.** Социальные особенности поддерживающего семейного общения и взаимодействия.



**Информационный материал** может являться справочным материалом, направленным на информирование пациентов о заболевании и на повышение их осознанного участия в процессе лечения и реабилитации. Информационный материал не обязательно должен быть весь представлен пациентам во время занятий. Рекомендуется иметь его постоянно на столе во время занятия, и при изложении материала следует стремиться максимально выполнить поставленную в занятии цель.

**Активная часть занятий** направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы для улучшения качества жизни больных с РС, поддержания самостоятельности, сохранения мотивации к лечению и реабилитации.

### **Структура тематических занятий в психологических группах:**

Занятия в Школе имеют единую структуру:

1. Вводная часть – 15 минут.
  - 1.1. Знакомство, представление участников.
  - 1.2. Сбор ожиданий, описание целей обучения.
2. Информационная часть – 20 минут.
  - 2.1. Тематический доклад специалиста на выбранную тему.
  - 2.2. Активная часть (дискуссия вопрос-ответ) – 5 минут.
3. Практическая работа с группой – 15 минут.
  - 3.1. Тренировка выработанных навыков.
  - 3.2. Релаксация с помощью дыхательной гимнастики.
4. Подведение итогов, выбор актуальной темы и составление плана следующего занятия – 5 минут.

### **Структура каждого занятия:**

**Тема занятия (одна из четырех указанных).**

Продолжительность занятия – от 60 до 90 минут.

#### ***1. Вводная часть – 15 минут.***

##### 1.1. Знакомство, представление участников.

**ИНСТРУКЦИЯ.** Представьте слушателям себя: назовите свое полное имя, должность, профессию, опыт работы. Уточните, как к Вам удобно обращаться при общении. Раздайте каждому слушателю заранее приготовленные чистые листы бумаги и авторучки. Если пожелаете, для облегчения контакта со слушателями кратко опишите свой личный интерес к актуальной проблеме и обучению. Затем дайте возможность каждому слушателю представиться, назвать имя, отчество. Удобно, когда каждый участник прикрепляет к своей одежде бейдж со своим именем. Как второй вариант – предложите каждому слушателю сложить втрое лист бумаги и написать свое имя печатными буквами на средней трети листа, затем сложить листы по сгибу в треугольную пирамиду, которую можно удобно разместить на столе перед каждым участником. Желательно, чтобы во время занятия слушатели сидели вокруг большого стола. Это более предпочтительно, чем «выступление перед аудиторией», так как дает возможность легко и комфортно общаться, быстрее достичь целей обучения.

##### 1.2. Сбор ожиданий, описание целей обучения.

**ИНСТРУКЦИЯ.** Дайте краткий обзор тематики занятия. Попросите слушателей высказать свое мнение и пожелания, чего они ожидают от посещения группы.

Запомните или запишите наиболее общие замечания и пожелания, чтобы в последующем обязательно учесть их при общении. Очень важно, чтобы Вы могли перестроиться в ходе занятия, если этого потребует интерес слушателей. Не старайтесь изложить всю заранее заготовленную информацию. Лучше остановиться на вопросах, наиболее интересующих слушателей. Если вопросы текущего занятия окажутся для слушателей менее интересными, чем темы последующих занятий, постарайтесь все же не изменять построения курса обучения. Уточните, на каких из последующих занятий будут разбираться интересующие слушателей вопросы.

Первое занятие, помимо изложенной цели, имеет задачу заинтересовать пациента посещать и участвовать в работе всего курса занятий Школы Здоровья. Это требует особого внимания и тщательной подготовки к первому занятию для повышения заинтересованности пациента и в получении информации, и в активном участии в обучении. Используйте «эффект первого впечатления». Весь курс направлен на предоставление информации и мотивирование пациента, которые должны стать основой для повышения активности и осознанного участия пациента в процессе лечения и оздоровления.

На последнем занятии выскажите всем присутствующим благодарность за сотрудничество. Поделитесь со слушателями «секретами успеха» – для достижения цели необходимо строить реалистичные планы, определять конкретные сроки, выбирать не глобальные задачи, а наиболее конкретные, поэтапные. Желательно выбрать для себя (порекомендовать пациентам) поощрения при достижении конкретного результата. Главная цель – чтобы пациенты по окончании курса обучения объективно относились к своему заболеванию, составили собственный, индивидуальный, реалистичный, конкретный план действий для стабилизации своего состояния, к реализации которого они уверенно приступят или уже начнут действовать в процессе обучения.

Заключительное занятие подводит итог всех предыдущих занятий и намечает планы на будущее – динамическое наблюдение пациентов, их самостоятельное активное участие в лечении и реабилитации.

## ***2. Информационная часть – 20 минут.***

### ***2.1. Тематический доклад специалиста на выбранную тему.***

**ИНСТРУКЦИЯ.** При изложении данного раздела желательно демонстрировать материал с помощью презентации. Избегайте строгих, научных, непонятных терминов, старайтесь излагать материал доступно, своими словами. При уточняющих вопросах старайтесь освещать только общие клинические, а не индивидуальные моменты, периодически интересуйтесь у аудитории, всем ли присутствующим интересна данная тематика.

### ***2.2. Активная часть (дискуссия вопрос-ответ) – 5 минут.***

**ИНСТРУКЦИЯ.** Если приведенная выше информационная часть вызвала вопросы, можно их обсудить. Постарайтесь управлять дискуссионным процессом, чтобы обсуждение не затянулось. При затянувшейся дискуссии или некорректных высказываниях слушателей тактично остановите их и предложите обсудить вопросы позднее в индивидуальном порядке, либо со своим лечащим врачом. Если вопросов по информационной части не возникло, дайте возможность наиболее активным слушателям высказать свое мнение.

Поинтересуйтесь у участников, не устали ли они, и при необходимости сделайте пятиминутный перерыв.

### ***3. Практическая работа с группой – 15 минут.***

#### **3.1. Выявление индивидуальных управляемых факторов риска при стрессе.**

**ИНСТРУКЦИЯ.** Попросите каждого из участников озвучить один фактор риска, который может привести к стрессу. Затем попросите их в нескольких словах кратко описать свое самочувствие в стрессовой ситуации. Обратите внимание аудитории на общность и похожесть стрессовых ситуаций и возникающих при этом телесных ощущений. Расскажите о методах релаксации с помощью различных видов дыхательной гимнастики и предложите аудитории попробовать вместе один из этих методов.

#### **3.2. Тренировка выработанных навыков.**

##### **ИНСТРУКЦИЯ. Методы дыхательной гимнастики.**

Продемонстрируйте аудитории использование методов дыхательной гимнастики. Необходимо принять удобную позу, максимально расслабиться и закрыть глаза. Упражнения можно регулярно или периодически повторять по мере необходимости. Можно также использовать его в ситуациях тревоги и фрустрации, когда необходимо сесть и расслабиться, чтобы просто переждать напряженную ситуацию, которая сама в скором времени разрешится, например, при возникновении страха или панической реакции в метро, в самолете, в лифте и других замкнутых помещениях, при межличностных и бытовых конфликтах.

#### **3.3. Релаксация с помощью дыхательной гимнастики.**

**ИНСТРУКЦИЯ.** Предложите аудитории в течение 10 минут использовать продемонстрированный метод. По окончании занятия поинтересуйтесь, что изменилось в самочувствии, дайте возможность наиболее активным слушателям высказать свое мнение.

### ***4. Подведение итогов – 5 минут.***

**ИНСТРУКЦИЯ.** Предложите аудитории прокомментировать пройденное занятие, задать уточняющие вопросы, на которые они не получили ответа во время данного занятия. Если ответы не потребуют много времени, ответьте. Объясните, что при следующих встречах ответите на оставшиеся вопросы. Все вопросы и пожелания, высказанные слушателями, необходимо учесть и исполнить. Это закрепит дружескую атмосферу в группе, облегчит общение и достижение цели обучения в Школе.

Дайте краткую информацию о теме следующего занятия, подчеркнув необходимость посетить все занятия курса, так как они взаимосвязаны, но не повторяются и построены по определенной схеме.

Уточните время и дату следующей встречи. Спросите пожелания слушателей.

### **Оценка эффективности проведения**

- оптимизация качества оказания лечебно - реабилитационных и социальных услуг, проводимых целевому населению;
- снижение количества конфликтных ситуаций, связанных с недостаточной информированностью пациентов и их родственников о течении и прогнозе заболевания, либо с нереалистичными ожиданиями от проводимой терапии;
- снижение количества посещений врача без особой необходимости;
- оптимизация времени приема для врачей ЛПУ за счет информированности пациентов по актуальным вопросам лечения и реабилитации;
- улучшение эмоциональной обстановки в семьях, где есть люди с РС;
- повышение качества жизни людей с РС и их родственников.

## 3.2. МОДУЛЬ «УХОД ЗА ИНВАЛИДОМ НА ДОМУ И САМООБСЛУЖИВАНИЕ»

### Общие рекомендации по уходу

Понятия «лечение» и «уход» тесно взаимосвязаны. Правильный уход — мощное лечебное средство. Зачастую он является и профилактическим мероприятием, т. е. предотвращает развитие серьёзных осложнений у ослабленного болезнью человека. Вот почему людям, ухаживающим за больным, да и всем членам его семьи необходимо хорошо знать особенности заболевания подопечного и понимать, к чему могут привести любые, даже самые незначительные действия.

### Организация ухода на дому

Задача ухода за больным дома — создать такие условия и обстановку, которые бы способствовали облегчению его страданий и быстрейшему выздоровлению. Родным предстоит решить, какими средствами они смогут достичь этого. Наиболее проблематичным является уход за престарелыми людьми, инвалидами, теми, кому на длительное время предписан постельный режим.

В определённых случаях, согласно российскому законодательству, в уходе за пожилыми людьми и инвалидами должны участвовать медицинские сестры из районных поликлиник и работники местных органов социальной защиты населения. Однако государственное медико-социальное обслуживание на дому зачастую малоэффективно из-за недостатка кадров и несогласованности в работе соответствующих учреждений.

Если близкие люди готовы самостоятельно ухаживать за больным дома, не обращаясь за посторонней помощью или прибегая к ней лишь в крайних случаях, то им следует прежде всего оптимизировать свой режим и семейный быт.

### Основные и подготовительные мероприятия

<b>Подготовка к уходу за больным</b>	<p>Попытайтесь спрогнозировать срок ухода за больным: если это длительное время, вероятнее всего, потребуются провести дополнительные мероприятия по реорганизации домашней обстановки.</p> <p>Узнайте у врача о характере заболевания, возможных осложнениях и необходимых процедурах. Приобретите нужные лекарства, медицинские инструменты, предметы ухода и, если требуется, медицинские аппараты.</p>
--------------------------------------	--

<p><b>Необходимые предметы медицинской помощи</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Термометр (хранить в футляре!).</li> <li>• Аппарат для измерения артериального давления.</li> <li>• Индивидуальный ингалятор.</li> <li>• Грелка.</li> <li>• Банки медицинские.</li> <li>• Клизмы (маленькая и большая — кружка Эсмарха).</li> </ul> <p>Газоотводная трубка.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мензурки для приёма лекарств или мерные стаканчики.</li> <li>• Шпатель.</li> <li>• Пинцет, корнцанг, ножницы.</li> <li>• Пипетки (разного назначения — для носа, глаз, ушей).</li> <li>• Клеёнка и вощёная бумага.</li> <li>• Бинт стерильный (узкий и широкий) и нестерильный.</li> </ul> <p>Помните, что у стерильных предметов тоже есть свой срок годности! Если необходимо, эластичный бинт.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Салфетки марлевые (стерильные и нестерильные).</li> <li>• Лейкопластырь (обычный и бактерицидный).</li> <li>• Вата: стерильная и нестерильная.</li> </ul>
<p><b>Определение объёма работ</b></p>	<p>Чтобы определить, в каком объёме больной человек нуждается в вашей помощи, постарайтесь узнать, способен ли он самостоятельно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>узнавать окружающих; запоминать информацию; читать;</li> <li>набирать номер телефона;</li> <li>разогревать пищу, пользоваться столовыми приборами;</li> <li>чистить зубы, причёсываться, умываться,</li> <li>пользоваться душем, обслуживать себя в туалете;</li> <li>снимать и надевать брюки, застёгивать пуговицы, надевать обувь;</li> <li>вставать с кровати, садиться на стул, ложиться на кровать;</li> <li>передвигаться, сохраняя равновесие; подниматься по лестнице; наклоняться.</li> </ul> <p>Если человеку необходима помощь в приёме пищи, передвижении, гигиенический уход и помощь по хозяйству, это займёт не менее 5 ч в день.</p>
<p><b>Основные мероприятия по уходу за больными</b></p>	<p><b>Лечение</b></p> <p>Старайтесь присутствовать при посещении лечащего врача или врача-консультанта. Сообщайте ему все сведения о состоянии здоровья больного.</p> <p>Стремитесь точно выполнять назначения и рекомендации доктора</p> <p>Для удобства записывайте лечебные и гигиенические назначения в специально выделенный блокнот.</p> <p><b>Наблюдение</b></p> <p>Следите за состоянием здоровья подопечного.</p>

	<p>Наблюдайте за его поведением, позой, цветом лица. В случае длительного течения болезни для удобства заведите дневник наблюдений.</p> <p><b>Гигиена</b> Следите, чтобы больной соблюдал правила личной гигиены. При необходимости помогайте ему. В зависимости от тяжести заболевания выполняйте санитарно-гигиенические требования.</p> <p><b>Помощь больному</b> Приём пищи. Одевание. Передвижение. Туалет.</p> <p><b>Помните!</b> Будучи больным, человек испытывает дискомфорт не только от физического страдания, но и оттого, что становится зависим от окружающих. Оказывая помощь подопечному, стремитесь не столько выполнять за него все действия, сколько создать такие условия, в которых человек (с учётом сохранившихся возможностей) мог бы действовать самостоятельно, — это принесёт ему гораздо больше удовлетворения. Не забывайте о чувстве собственного достоинства подопечного.</p>
--	--

### Оказание помощи в передвижении

Если у человека вследствие болезни ограничены возможности передвижения, чтобы правильно выбрать вспомогательные средства и способы перемещения, выясните, какие трудности испытывает подопечный, какие движения не вызывают у него боли, а каких он избегает и т. д. Проанализировав состояние больного, оцените собственные силы (так, перемещать лежачего или парализованного больного удобнее вдвоём).

Ниже даны советы по организации помощи.

**Средства опоры.** Если подопечный может ходить, но делает это неуверенно, теряет равновесие и в любую минуту может упасть, или же учится ходить после длительного лежания, ему помогут индивидуальные средства — трость, ходунки, костыль и т. п. Приобретите их в магазине медицинской техники, поищите у знакомых, возьмите напрокат.

**Средства поддержки.** Чтобы больному было удобнее сидеть, вставать, ходить в домашних условиях, закрепите в соответствующих местах в коридоре, туалете, возле кровати поручни, перила и т. п.

**Средства переноса.** Чтобы перенести больного, например, по лестнице, можно усадить его в специальное сиденье (предлагаемое разными производителями) и нести вдвоём, взяв сиденье за ремни. В крайнем случае, можно перенести человека на одеяле.

**Способы подъёма с кровати.** Если человек провёл в постели несколько недель, прежде чем переводить его на другой режим двигательной активности, придётся несколько дней посвятить тому, чтобы он привык к сидячему положению. Для этого нужно постепенно увеличивать угол подъёма изголовья кровати, подкладывая, например, подушки. Когда больной сможет сидеть таким

образом, не испытывая головокружения, попробуйте усаживать его вертикально. Придвиньте подопечного к краю кровати, спустите его ноги вниз, поднимите его туловище, придерживая за плечи. Чтобы у человека была опора, поставьте ему под ноги скамеечку. Находитесь рядом.

Для облегчения подъёма больного можно использовать специальный широкий пояс, надеваемый больному на талию. Одной рукой вы подхватываете человека под мышку, другой тянете за пояс; подопечный для устойчивости должен упираться коленом в ваше колено (операцию выполняют вдвоём, встав слева и справа от больного).

**Кресло-коляска.** Если требуется, приобретите для больного кресло-коляску. Научите человека управлять ею и научитесь этому сами. Возможно, в доме придётся расширить дверные проёмы, снять пороги, заменить двери занавесками, расположить ниже выключатели, иначе организовать интерьер.

Для большей самостоятельности подопечного научите его приёмам, позволяющим обходиться без посторонней помощи. Например, если у человека повреждены ноги, но он способен опираться на руки, чтобы пересест с кровати в коляску, можно использовать в качестве «мостика» гладкую деревянную доску с закруглёнными концами размером 23 x 65 см. Коляску (одной высоты с кроватью) придвигают под углом к ней и ставят на тормоза; если подлокотники съёмные, снимают тот, что ближе к краю кровати. Больному нужно подложить край доски себе под ягодицу, отклонившись в другую сторону или подтянув ногу вверх. Затем, опираясь одной рукой о кровать, а другой о доску, податься вперёд, опустить ноги и скользить по доске в кресло. Гораздо легче будет скользить по доске ягодицами, держа ноги на кровати и опустив их вниз уже после того, как удалось перебраться в коляску.

### Психологические советы по уходу за больными

Заболевший человек требователен, капризен, плаксив и легко впадает в депрессию. Помните, что вам должно хватать сил и терпения, чтобы ухаживать за ним. Для улучшения настроения подопечного попробуйте организовать ритм его жизни так, чтобы он не был монотонным.

#### Этические нормы поведения

Ухаживая за больным, будьте приветливы, доброжелательны, ободряйте и поддерживайте подопечного, но не обещайте ему невозможного.

Старайтесь сохранять спокойствие и сдержанность. По возможности выполняйте просьбы больного, а отказывая, объясняйте причину без раздражения.

Больные люди, как правило, внимательно наблюдают за ухаживающими. Поэтому следите за своими интонациями и эмоциональным сопровождением речи (мимика, жесты, прикосновения): то, как вы говорите, должно соответствовать тому, что вы хотите сказать.

Не комментируйте неудачные действия и не всегда осмысленные (на ваш взгляд) поступки подопечного — иногда больному человеку неловко объяснять своё поведение.

Желательно не обсуждать состояние здоровья больного с другими людьми, особенно если это ему неприятно. Вопрос о сохранении медицинской тайны решайте на семейном совете.

По возможности исключите либо ограничьте посещение

	<p>больного шумными друзьями и родственниками. По возможности приглушайте звук радиоприёмника и телевизора.</p>
<p><b>Общение с больным человеком</b></p>	<p>Не утомляйте его длительными беседами, не докучайте вопросами, тем более, если человек стремится уклониться от них. Не перебивайте больного, внимательно и терпеливо выслушивайте его.</p> <p>Старайтесь не акцентировать внимание больного на состоянии его здоровья и симптомах недуга, лучше сообщить о прогнозе (если он положительный) и привести оптимистичные примеры выздоровления из жизни знакомых.</p> <p>О назначениях врача, его методике и действиях в присутствии больного говорите крайне осторожно — лучше не комментировать их и не критиковать.</p> <p>Старайтесь пояснять больному свои действия, чтобы он тоже участвовал в лечении. Если даёте какие-нибудь инструкции подопечному, объясняйте чётко и затем проверьте, правильно ли он понял вас. Спрашивайте, нет ли у него вопросов.</p> <p>Обсуждая с подопечным медицинские темы, не злоупотребляйте терминологией.</p> <p>Старайтесь говорить медленно, чтобы больной успевал отреагировать на вашу информацию. Стройте свою речь так, чтобы понять вас можно было только однозначно.</p> <p>Не оставляйте больного в стороне от жизни семьи (если не требуется его изоляция).</p> <p>По возможности (и желанию больного) привлекайте его к участию в семейных событиях и праздниках.</p>
<p><b>Организация досуга подопечного</b></p>	<p>Для человека с ограниченной подвижностью найдите подходящую форму досуга.</p> <p>Стимулируйте познавательную деятельность подопечного чтением книг, прослушиванием радио и просмотром телепередач. Побуждайте его участвовать в викторинах и конкурсах.</p> <p>Давайте подопечному просматривать фотографии, слушать любимую музыку.</p> <p>Встречи с друзьями, общение по телефону — тоже форма досуга. Используйте различные игры: шахматы, шашки, головоломки, компьютерные игры; предложите собирать картинки из пазлов или мозаики.</p> <p>Для лежачего больного могут быть доступны вязание, вышивание, рисование, литературное творчество и написание писем.</p> <p>Если у человека нет индивидуальных противопоказаний (например, аллергии на кошачью шерсть), допускайте к нему домашних животных. Можно завести птиц или рыб.</p> <p>Компьютер, интернет — хорошее средство обрести друзей, собеседников, собратьев по недугу.</p>



## Как поддержать силы ухаживающего

Длительный уход за больным, особенно лежачим или инвалидом, создаёт значительные психологические и физические нагрузки у того, кто заботится о нём. Нередко обязанности по уходу ложатся дополнительным грузом на плечи человека, которого никто не освобождает от повседневной домашней работы, да зачастую и от работы вообще. Поэтому постарайтесь изыскать возможность равномерно распределить обязанности между всеми членами семьи или поищите среди знакомых того, кто бы мог изредка подменять вас.

**Внимание!** Правильно рассчитывайте собственные силы. От вашей работоспособности и настроения зависит успех ухода за больным. Помните, что переутомление может привести к физическому и нервному срыву, который в итоге причинит вред больному.

Ниже даны некоторые советы по поддержанию сил ухаживающего.

<b>Здоровье</b>	<p>Чтобы поддержать себя в рабочей форме, заботьтесь о полноценном сне. Не стремитесь искусственно продлевать время нахождения у постели больного: бодрящий эффект после приёма кофе кратковременен, после него всегда наступает период торможения.</p> <p>Соответственно физической нагрузке увеличьте калорийность питания, но избегайте жирной и жареной пищи.</p> <p>По возможности ежедневно проводите хотя бы 30—60 мин на свежем воздухе. Особенно хорошо совершать прогулку быстрым шагом.</p> <p>Простое, но действенное средство для поддержания здоровья — зарядка.</p>
<b>Безопасность</b>	<p>При уходе за человеком с большим весом желательно приобрести специальные приспособления (подъёмники, поворотные круги и т. п.) в специализированном магазине или реабилитационном центре. Если средств для этого нет, помогая больному передвигаться, обязательно соблюдайте правила поднятия и перемещения тяжестей:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>поднимая и перемещая больного, не наклоняйтесь вперёд;</li><li>поднимая груз, держите его как можно ближе к груди, следите, чтобы ваша спина была прямой; перед подъёмом согните ноги в коленях;</li><li>нагрузку на руки распределяйте равномерно;</li><li>чтобы переместить поднятый груз в сторону, поворачивайтесь всем корпусом;</li><li>если больной способен, просите его опереться, подтянуться, оттолкнуться (т. е. помогать вам);</li><li>обязательно объясняйте подопечному, что вы собираетесь делать и какой помощи ожидаете от него.</li></ul>
<b>Отдых</b>	Старайтесь устраивать в течение дня (при постоянном уходе за больным) перерывы для отдыха по 15—20 мин

	<p>каждые 2 ч.</p> <p>При уходе за больным необходим полноценный отдых (отпуск) раз в полгода.</p> <p>Душевно укрепляет занятие любимым делом по возможности не лишайте себя того, что доставляет вам радость. Если в сложившихся условиях придётся оставить привычное хобби, подберите для себя новое.</p>
--	---

### Обустройство помещения

Для больного человека (особенно малоподвижного или лежачего), инвалида окружающий мир часто ограничивается пределами квартиры, а то и комнаты. Поэтому очень важно, чтобы заболевшему члену семьи было удобно в том помещении, где он будет находиться. Для этого нужно:

- решить, в какой комнате поместить больного;
- определить по характеру заболевания, как долго пробудет заболевший в домашних условиях;
- обустроить соответственно помещение (в случае с инвалидами, людьми, страдающими хроническими заболеваниями, придётся правильно оборудовать кухню, ванную комнату, прихожую и туалет).

Идеально отвести больному человеку две смежные комнаты: одну - в качестве гостиной, другую — как спальню. Таким образом, он не будет присутствовать в помещении во время уборки. Разумеется, всё зависит от конкретных условий проживания; часто больной вынужден находиться в одной комнате с другими членами семьи. В таком случае по его желанию можно отгородить его спальное место ширмой, занавеской или предметом мебели. Потребуется на время болезни серьёзное переобустройство помещения или нет, необходимо соблюсти главное — больному должно быть уютно. Кроме того, существует ряд требований к помещению, которые желательно (если это возможно) выполнить. Они представлены в таблицах ниже.

### Гигиенические требования

<b>Проветривание</b>	<p>Регулярное проветривание квартиры (или дома) необходимо всегда, но следует избегать сквозняков. Если в доме болеющий человек, форточки, фрамуги или окна в его комнате открывают:</p> <p>зимой — на 15—20 мин не реже 3—5 раз в день (больного надо дополнительно прикрыть пледом или одеялом, а его голову — платком, оставив открытым лицо);</p> <p>в тёплое время года — значительно чаще (при наличии сеток на окнах их можно держать открытыми постоянно).</p> <p>Не рекомендуется вместо проветривания окуривать помещение какими-либо ароматическими веществами (если не назначена ароматерапия).</p> <p>Больного не должны раздражать запахи пищи. Если он ест в постели, необходимо проветрить комнату после еды. А при приготовлении пищи следует плотно закрывать дверь на кухню и в комнату больного.</p>
<b>Температура</b>	Желательно поддерживать в помещении и постоянную

<b>влажность</b>	<p>температуру (18—22° С, если не будет иных указаний врача) и достаточную влажность (сухость воздуха может вызывать у людей, соблюдающих постельный режим, кашель и другие недомогания).</p> <p>Если в помещении слишком сухо, для повышения влажности можно поставить сосуды с водой либо повесить мокрое полотенце или намоченную сложенную простыню на вешалке с перекладной. Используются также специальные увлажнители воздуха.</p>
<b>Уборка помещения</b>	<p>Ежедневно протирайте ручки дверей, выключатели, трубку телефона и ручки умывальных кранов.</p> <p>Полезно регулярно проводить влажную уборку полов, вытирать мебель, чистить ковры пылесосом. Если есть возможность, выводите или вывозите в это время больного из комнаты.</p> <p><b>Помните!</b> Уборку лучше проводить после смены постельного или нательного белья.</p> <p>Появившиеся пищевые отходы и мусор следует немедленно выбрасывать (остатки пищи и крошки собирать щёткой или совком), всю посуду после еды сразу же уносить. Недопитую воду, которой больной запивал лекарство, в ёмкости не оставлять.</p> <p>Следите, чтобы в комнате не было невымытого горшка или судна. Протрите кресло-туалет после использования.</p> <p>Для уборки лучше выделить отдельные ведро и тряпку. Пол можно мыть мыльно-содовым раствором. Тряпку после мытья желательно обеззаразить, погрузив на 1 час в 1%-ный раствор хлорамина. Затем промыть тряпку под проточной водой и хранить в сухом виде в подсобном помещении.</p>

### Подготовка спального места

В зависимости от тяжести недуга определённое время заболевший проведёт лёжа, поэтому важно обеспечить ему комфорт. При подготовке постели нужно учитывать:

- сможет ли больной вставать самостоятельно или ему потребуется посторонняя помощь;
- способен ли он ходить или сидеть без поддержки;
- в состоянии ли он поворачиваться в постели, двигаться, поднимать голову и руки;
- пожелания больного, где поставить кровать. Ниже представлены рекомендации по подготовке спального места.

## Кровать

<b>Размещение</b>	<p>Желательно, чтобы с обеих сторон был подход к кровати больного, а её головной конец примыкал к стене. Если назначен постельный режим в течение длительного времени, лучше установить кровать в середине комнаты.</p> <p>Если кровать стоит около наружной стены, для утепления повесьте на неё, к примеру, хлопчатобумажный гобелен.</p> <p>Не закрывайте постель навесом или балдахином, чтобы не затруднять приток свежего воздуха.</p> <p>Старайтесь найти такое место, чтобы свет из окна не бил больному в глаза, но он всё же мог видеть происходящее на улице.</p> <p><b>Помните!</b> Кровать больного не должна стоять на проходе, на сквозняке, в тёмном углу или на солнце, а также близко к батарее отопления, обогревателю или печке.</p>
<b>Конструкция кровати</b>	<p>Для больных, которым показан постельный режим в течение длительного времени, предпочтительнее железная кровать. Чтобы металл не охлаждал ноги, нужно поместить туда небольшую доску.</p> <p>Для беспокойных больных кровать следует ограждать сетками, опускающимися рамами или съёмными планками, как на детской кроватке. Либо постелите рядом с кроватью матрас на случай падения больного. Также можно использовать несколько клиновидных матрасов-валиков: их подкладывают под простыню по бокам, образуя углубление (ложе).</p> <p>Если кровать придётся передвигать, удобнее будет такая, у которой передние ножки на роликах. Ролики на всех ножках делают кровать неустойчивой.</p> <p>Размеры кровати для взрослых : не меньше 2х1,2 м.</p> <p>Чтобы ухаживающему не приходилось нагибаться слишком низко, кровать должна отстоять от пола на 60—70 см.</p> <p>Кроватная сетка должна быть ровной и хорошо натянутой.</p> <p>Предусмотрите, чтобы кровать можно было легко мыть и перестилать.</p>
<b>Матрас</b>	<p>Матрас может быть с любым наполнителем (вата, синтетическое волокно холофайбер, морская трава, гречишная шелуха, просяные или овсяные отруби и др.). Выпускаются ортопедические, водяные и надувные матрасы. Если спальное место с поролоновой набивкой, обязательно положите матрас (или одеяло) с шерстяным либо иным наполнителем.</p> <p>Внимание! Перины для больного недопустимы.</p> <p>Выберите ровный и упругий матрас, без бугров и впадин. Посмотрите, чтобы он был хорошо набит, т. е. в середине толще, чем на концах. Его поверхность должна быть слегка</p>

выпуклой, поскольку иначе под тяжестью больного в центре быстро образуется впадина. В матрасе, прошитом насквозь несколькими швами, набивка не сбивается.

Желательно приготовить два матраса, чтобы регулярно заменять и проветривать их, а также специальные наматрасники (по два для смены) из плотной хлопчатобумажной ткани, которые нужно еженедельно проветривать или стирать.

Для тяжелобольных и страдающих недержанием мочи лучше стелить на матрас медицинскую клеёнку (или обшить ею матрас), а поверх неё — пелёнку.

Для больных, страдающих недержанием мочи и кала, применяют также матрасы из трёх секций, которые привязывают друг к другу или крепят липучками. Средняя часть приспособлена для подачи судна. Когда она запачкается, её легко заменить. Следите, чтобы все части были тщательно подогнаны, иначе больному будет неудобно лежать.

Для сильно ослабленных больных используют **специальные противопролежневые матрасы**, изготовленные из плотной непромокаемой ткани. Они наполняются воздухом с помощью насоса, но слишком сильно их надувать нельзя. Эти матрасы продают в специализированных магазинах медицинской техники и аптеках.

### Уборка и заправка постели

Рекомендуется перестилать постель утром, перед дневным сном и на ночь. Лучше делать это в чистом халате или фартуке.

Больные, как правило, очень, обидчивы и чувствительны к окружающей обстановке, многие мелочи приобретают для них большое значение, поэтому ко всему, что может их взволновать, нужно относиться с повышенным вниманием. Например, тщательно просматривать бельё, и если заметна грязь, сразу же заменять испачканное. Не забывайте расправлять одеяло в пододеяльнике, взбивать подушки.

Если больной может двигаться, лучше временно пересадить его на стул или в кресло около кровати. Чтобы меньше беспокоить тяжелобольного, его постельное бельё рекомендуется менять вдвоём.

<p><b>Основные правила</b></p>	<p>После заправки постели обязательно проветрите комнату и перед тем, как выйти, убедитесь в том, что больной в безопасности и ему удобно.</p> <p>Складывайте постельное бельё стопкой в порядке его использования, так чтобы наверху находилась простыня или чистый наматрасник. Если бельё (например, одеяла или покрывала) предстоит использовать повторно, складывайте его отдельно.</p> <p>При смене постельного белья передвигайтесь вокруг кровати. Не следует нагибаться над ней и пытаться дотянуться до разных частей постели, стоя на одном месте. Если требуется помочь больному, сидящему в постели, переменить положение, не тянитесь к нему, а встаньте на край кровати одним коленом и, опираясь на него, помогите.</p> <p>При разных действиях, особенно связанных с поднятием тяжестей, старайтесь держать спину прямо, распределять нагрузку на руки равномерно, ставьте ноги на ширине плеч, а стопы — параллельно друг другу.</p> <p><b>Внимание!</b> Работать в положении наклона туловища вперёд вредно, т. к. нагрузка на позвоночник с увеличением угла наклона возрастает в 10—20 раз.</p> <p>Особо осторожно меняйте постельное бельё тяжелобольному, которому запрещено двигаться. Перекачивайте лежащего только по направлению к себе и никогда от себя, чтобы не нанести ему травму.</p> <p>При заправке постели, где находится больной, труднее всего заменить нижнюю простыню и пелёнку. Края простыни не должны свисать, их следует подогнуть под матрас со всех сторон. Чтобы она не сбивалась и не образовывала складки, её можно прикрепить к краям матраса с помощью специальных тесёмок. Целесообразно также применять простыню на резинке.</p> <p>Старайтесь еженедельно чистить кровать и матрас пылесосом. Полезно протирать кровать влажной тряпкой и переворачивать матрас.</p> <p><b>Помните!</b> Нельзя встряхивать постельные принадлежности в комнате больного.</p>
<p><b>Первый способ заправки постели</b></p>	<p>Переверните тяжелобольного на бок и ослабьте натяжение грязной простыни и пелёнки.</p> <p>Скатайте грязную простыню валиком под спину больного, а на матрас положите чистую. Оставшуюся часть чистой простыни сложите веером возле скатанной.</p> <p>Заправьте чистую простыню под матрас и сделайте то же самое с пелёнкой.</p> <p>Перекачьте больного через грязную простыню и сложенную чистую и положите его на расправленную сторону чистой.</p> <p>Снимите грязную простыню, натяните чистую и заправьте под матрас. Сделайте то же с пелёнкой.</p>

<p><b>Второй способ заправки постели</b></p>	<p>Скатайте валиком грязную простыню из-под головы и ног больного и уберите.</p> <p>Осторожно подведите чистую простыню, скатанную с двух сторон валиками, как бинт, под крестец больного и затем расправьте к голове и ногам. Проверьте, чтобы на простыне не было рубцов, заплаток и складок. Если больному можно двигаться, то усадите его снимите подушки и скатайте простыню к ягодицам. Положите на освободившееся место у головного конца кровати чистую простыню, скатанную в виде валика, а потом раскатайте её к туловищу больного. Уложите подушки и помогите больному лечь.</p> <p>Приподнимите ему крестец и ноги, уберите загрязнённую простыню и раскатайте до конца чистую. Расправьте простыню, чтобы на ней не было складок, и подверните под матрас.</p>
--	---

### Одежда и обувь.

Следует позаботиться об одежде не только для заболевшего, но и для того, кто ухаживает за ним. Общие требования — чистота и удобство пользования.

### Рекомендации ухаживающему.

<p><b>Одежда</b></p>	<p>Желательно приготовить отдельную одежду (несколько смен) и хранить её в специально отведённом месте.</p> <p>Подойдут вещи из хлопчатобумажной ткани, которые быстро надеваются: халаты, лучше с длинным рукавом, брюки, рубашки, футболки, фартуки, косынки. Одежда должна быть свободной.</p> <p>Халат и косынку (спецодежду) желательно стирать отдельно от другого белья, используя режим кипячения.</p>
<p><b>Обувь</b></p>	<p>Выделите для ухода 2-3 пары удобных туфель на широком устойчивом каблуке высотой не более 4—5 см. Предпочтительнее обувь из кожи или хлопчатобумажной ткани, которую легко мыть.</p> <p>Следите, чтобы обувь плотно облегла ногу, не скользила по полу.</p>
<p><b>Внешний вид</b></p>	<p>Не пользуйтесь косметическими средствами с сильным запахом, чтобы не вызвать у больного аллергических реакций и не раздражать его.</p> <p>Нельзя использовать лак для ногтей.</p> <p>Нежелательно надевать ювелирные изделия при уходе за больным: крошечные углубления на их поверхности — место для размножения микробов. Можно оставить только обручальное кольцо на руке</p> <p>Часы следует носить не на руке, а приколоть их, например, около нагрудного кармана.</p>

## Рекомендации больному

<b>Нательное белье</b>	<p>Желательно из мягкого хлопчатобумажного материала. Чем меньше швов, тем лучше.</p> <p>Используйте короткие рубашки (конец рубашки не должен попадать на область крестца), распашонки, надеваемые через голову.</p> <p>Для тяжело больных, находящихся на постельном режиме, предусмотрены рубашки с разрезом на всю длину сзади. Можно разрезать у рубашки рукава и переднюю часть и сделать их на завязках или липучках.</p> <p>Надевать на тяжелобольных трусы не стоит, т. к. это существенно усложняет уход.</p>
<b>Одежда и обувь</b>	<p>Людам в инвалидном кресле для выезда на прогулку в холодную погоду можно сшить «валенки» на обе ноги, утеплённый мешок на молнии на нижнюю часть тела и накидку с капюшоном.</p> <p>Позаботьтесь о комфорте больного в помещении. Если он какое-то время сидит в кресле или на кровати со спущенными ногами, укройте ноги пледом или шейте большой, отороченный мехом тапок на обе ноги. В магазинах электрооборудования продаётся электрическая грелка в виде тапка (сапога), но её можно использовать только с разрешения врача.</p>
<b>Смена нательного белья</b>	<p>Нательное бельё удобно менять одновременно с постельным (1—2 раза в неделю). Заменяйте его также, когда необходимо (например, при загрязнении во время еды, после выполнения различных санитарно-гигиенических процедур).</p> <p>При смене рубашки у лежачего больного подведите руки под его крестец, захватите край рубашки и осторожно подтяните к голове. Поднимите обе руки больного, снимите скатанную у шеи рубашку через голову и освободите его руки. Надевание рубашки производится в обратном порядке (сначала рукава, затем через голову).</p> <p>Если у больного повреждена рука, сначала снимают рукав со здоровой руки, а затем с больной. Надевают, наоборот, начиная с больной.</p>
<b>Пользование памперсами</b>	<p>Лежачим больным во избежание образования опрелостей рекомендуется надевать специальные памперсы, которые впитывают влагу и поглощают запахи. Также памперсы используют, если у подопечного недержание мочи и кала (тогда памперсы надевают на ночь). В зависимости от характера недержания приобретают памперсы большего или меньшего объёма.</p> <p>Подбирают памперсы по размеру с учётом веса и объёма бёдер больного. Информацию можно получить в аптеке при приобретении изделия. Внимание! Не увлекайтесь применением памперсов: кожа под ними нагревается и хуже дышит.</p>



Памперсы следует менять не менее 5 раз в сутки и сразу после дефекации. При смене памперсов больному необходимо обрабатывать области гениталий и ягодиц.

Порядок надевания памперса лежащему больному

Поверните больного набок спиной к себе. Разверните памперс и определите, какая его часть приходится на область ягодиц, какая — на область живота (там имеются застёжки-липучки). Подложите памперс под ягодицы от поясничной области, поверните человека сначала на спину, затем — на себя.

Распрямите памперс и поверните подопечного снова на спину. Попросите его согнуть ноги в коленях и слегка их развести, уложите памперс в области промежности и живота, расправив и расправив в области бёдер. Заправьте нижнюю часть памперса под верхнюю и закрепите застёжки-липучки слева и справа.

**Помните!** Ходячим больным лучше надевать памперс в положении стоя.

### Личная гигиена больного и оказание ему помощи.

Проведение гигиенических процедур с утра обеспечивает больному положительный эмоциональный заряд на весь день. Особенно нуждаются в чистоте и комфорте люди с ограниченной подвижностью и находящиеся на постельном режиме. Следите, чтобы подопечный регулярно мыл руки с мылом (утром, вечером, перед едой, после посещения туалета, по мере загрязнения в течение дня). Некоторые действия он может выполнять самостоятельно. Если же ему требуется та или иная помощь — умыться, почистить зубы, сходить в туалет (возможно, поставить клизму), то помогите подопечному. Ваши действия не должны унижать человека, напротив, дайте ему почувствовать, что он остаётся независимым.

### Умывание.

Ежедневный утренний туалет включает мытьё лица, шеи и рук. Если человек умывается в постели с вашей помощью, то попросите его придвинуться к тому краю кровати, у которого вы находитесь.

Если больной неподвижен, то каждый день утром и вечером протирайте ему лицо и шею сначала влажной салфеткой, а потом сухой. Также регулярно протирайте руки лежащему больному сначала мокрой мыльной салфеткой, потом просто влажной, а затем сухой. Перед проведением этой процедуры положите ему на грудь клеёнку.

### Гигиена полости рта.

Запах изо рта и нечищенные зубы вызывают ухудшение самочувствия человека, он испытывает неловкость, может потерять аппетит и пить меньше жидкости. Не удалённый с дёсен налёт (образуется, когда человек не чистит зубы или не ест) ведёт к их раздражению, образованию зубных камней, развитию инфекции и, в конечном итоге, грозит потерей зубов. Хороший уход за полостью рта важен для человека в любом возрасте, но особое значение он приобретает в старости.

Для ухода рекомендуется использовать зубные пасты, содержащие фтор. При этом следует учитывать качество питьевой воды: если солей фтора в ней, наоборот, излишек, фторсодержащие пасты не годятся. Зубные щётки по мере износа меняют (не реже 1 раза в полгода). Зубы положено чистить утром и вечером.

### Профилактика пролежней.

Когда человек слишком долго остаётся в однообразной, нередко вынужденной позе (обычно лёжа), давление собственного веса на определённые точки его тела увеличивается. Давление и трение о поверхность кровати одними и теми же местами приводят к нарушению кровообращения в коже и прилегающих мягких тканях. Если человек не в состоянии изменить позу или повторяет одни и те же движения, клетки кожи отмирают и появляются покрасневшие, бледные или потемневшие участки. На их месте могут быстро образоваться изъязвления — пролежни.

<p><b>В каких случаях возможно появление пролежней</b></p>	<p>Длительное соблюдение строгого постельного режима, однообразная, вынужденная поза (тяжелобольные, лежащие больные, люди с травмами, с заболеваниями или повреждениями спинного мозга).</p> <p>Недостаточный уход за кожей больного.</p> <p>Применение грубого, со складками постельного и нательного белья.</p> <p><b>Помните!</b> Если подопечный лежит в больнице, старайтесь ежедневно навещать его и тщательно осматривать тело там, где могут появиться пролежни (медицинский персонал не всегда имеет возможность осуществлять уход).</p>
<p><b>Места наиболее частого образования пролежней</b></p>	<p>Пролежни образуются в местах с небольшим количеством подкожной жировой клетчатки. Если человек лежит на спине, это области:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– бугров пяточных костей, крестца и копчика, лопаток;</li> <li>– задней поверхности локтевых суставов;</li> <li>– наружного затылочного выступа и над остистыми отростками грудных позвонков.</li> </ul> <p>Если человек лежит на животе, это области:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– надколенников;</li> <li>– передней поверхности голеней, особенно над передними краями большеберцовых костей;</li> <li>– верхних передних подвздошных костей.</li> </ul>
<p><b>Внешние признаки пролежней</b></p>	<p>Бледность кожи с последующим покраснением, которое сменяется синюшностью без чётких границ.</p> <p>Участок кожи становится отёчным, холодным на ощупь, кожа начинает отслаиваться.</p> <p>В дальнейшем появляются пузыри и некроз (омертвление) кожи. Человек чувствует онемение, а затем несильную боль. В тяжёлых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но и надкостница.</p> <p><b>Внимание!</b> Если пролежень инфицирован, то кожа вокруг</p>

	<p>него горячая, вздутая, появляются гной и неприятный запах. Срочно обращайтесь к врачу! Есть опасность заражения крови (сепсиса).</p>
<p><b>Правила ухода (меры предосторожности)</b></p>	<p><i>Смена положения больного</i>          Если больной лежит, то поворачивайте его на бок по нескольку раз в день, лучше через каждые 2 ч (если позволяет состояние больного).</p> <p>Если человек постоянно находится в кресле или инвалидной коляске, побуждайте его каждые 15 минут наклоняться вперёд; приподниматься, опираясь на ручки кресла; слегка наклоняться в сторону, приподнимая противоположную ягодицу.</p> <p>Тем, кто сидит в кресле-коляске, полезно также некоторое время проводить вне её:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— прогуливаться, если возможно;</li> <li>— лежать на полу, приподняв плечи и подложив в местах, где выступают кости, подушечки или подкладки из пенопласта.</li> </ul> <p><i>Снижение давления на участки тела</i>          Под крестец можно положить надувной резиновый круг так, чтобы крестец находил ся над отверстием круга. На круг наденьте наволочку или заверните его в пелёнку. Круг можно сделать и самим: набейте капроновый чулок обрезками поролона, свяжите его концы, а потом заверните в пелёнку.</p> <p>Также в качестве прокладок используйте наполненные водой или воздухом резиновые подушки, поролоновые валики или сложенные мягкие одеяла.</p> <p>В специализированных магазинах предлагаются надувные прорезиненные матрасы; они бывают с гофрированной поверхностью и электрическим подогревом.</p> <p>Под локти и пятки больного положите марлевые салфетки, проложив внутрь вату либо небольшие резиновые кольца, обернутые чистой мягкой проглаженной тряпочкой.</p> <p><i>Гигиена</i>          Следите за тем, чтобы на нательном и постельном белье подопечного не было заплаток, складок, рубцов, пуговиц и т. п.</p> <p>Расправляйте простыни и вытряхивайте их, чтобы в постели не оставалось крошек.</p> <p>Ежедневно обтирайте всё тело больного, обмывайте водой с мылом загрязнённые части, а потом протирайте чистую кожу концом полотенца, смоченным дезинфицирующим раствором. После протирания хорошо вытрите кожу сухой частью полотенца (лучше махрового). Используйте следующие дезинфицирующие растворы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>камфорного спирта (перед применением нагреть);</li> <li>водки или одеколona (1 столовая ложка на 1 стакан тёплой воды);</li> <li>3%-ного столового уксуса (1 столовая ложка на 1 стакан кипячёной воды).</li> </ul> <p><b>Внимание!</b> Нельзя протирать кожу спиртом без предварительного мытья, т. к. спирт дубит кожу, закрывая поры</p>

	<p>вместе с попавшими в них микробами.</p> <p>Полезно проводить энергичное растирание кожи (особенно при гиперемии), используя полотенце или марлевый тампон.</p>
--	---

### Как менять положение лежачих больных

<p><b>Как повернуть на бок человека, лежащего на спине</b></p>	<p>Чтобы повернуть человека на правый бок, согните его левую ногу в колене, подсунув левую стопу в правую подколенную впадину.</p> <p>Встаньте справа от больного. Взяв его одной рукой за левое бедро, а другой — за левое плечо, поверните человека на бок, на себя (действие «рычага» на бедро облегчает переворачивание).</p> <p>Подложите подушку под голову и тело больного, чтобы уменьшить боковой изгиб шеи и напряжение шейных мышц. Придайте рукам подопечного слегка согнутое положение: левая рука лежит на уровне плеча и головы, правая — на подушке рядом с головой.</p> <p>Чтобы зафиксировать человека в положении на боку, подложите ему под спину сложенную подушку (краем под него).</p> <p>Чтобы в области коленного сустава и лодыжек не появились пролежни, поместите другую подушку (от паховой области до стопы) под слегка согнутую левую ногу больного.</p> <p>Обеспечьте упор под углом 90° для нижней (правой) стопы.</p>
<p><b>Как уложить на живот человека, лежащего на боку</b></p>	<p>Уберите подушку из-под его головы.</p> <p>Разогните руку больного в локте (с той стороны, на которой человек лежит), прижмите её к туловищу по всей длине, подложите его кисть под бедро.</p> <p>«Перевалите» человека через его руку на живот. После чего передвиньте его на середину кровати.</p> <p>Чтобы обеспечить правильное положение для шейных позвонков, поверните голову подопечного на бок и подложите под неё низкую подушку.</p> <p>Чтобы уменьшить напряжение в пояснице (у женщин давление на грудь), подложите небольшую подушку под живот, чуть ниже уровня диафрагмы.</p> <p>Согнув в локтях руки больного, поднимите их так, чтобы кисти располагались рядом с головой.</p> <p>Чтобы стопы не выворачивались наружу, подложите под голени и голеностопные суставы подушку.</p>
<p><b>Как человеку, лежащему на животе, придать положение Симса</b></p>	<p>Это промежуточное (между лёжа на боку и лёжа на животе) положение предотвращает появление пролежней в области коленных суставов.</p> <p>Уберите подушку из-под живота больного.</p> <p>Согните в колене одну ногу и подложите под неё подушку (так предотвращается поворот бедра внутрь).</p>

## Как лечить пролежни

При появлении на коже участка покраснения, похожего на начинающийся пролежень, необходимо вызвать врача и действовать согласно его рекомендациям.

Чтобы повысить иммунитет, давайте подопечному больше фруктовых и овощных соков (по рекомендации врача). Полезны напитки из яблок, шиповника и брусники с добавлением 1 чайной ложки донникового мёда. В рационе больного должно быть больше продуктов, богатых белками.

Изъявленную кожу 3 раза в день смазывайте 1%-ным раствором перманганата калия (марганцовки) либо накладывайте смоченную этим раствором салфетку.

Чтобы избежать инфицирования, промывайте раны чистой кипячёной водой. Удаляйте из ран омертвевшую ткань (серого, зеленоватого или чёрного цвета).

При появлении пузырей смажьте их 1%-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени (или 1%-ным раствором перманганата калия) и наложите сухую повязку.

Медикаментозные средства обязательно подбирайте вместе с лечащим врачом. Используют: мазь «Ируксол», мазь Вишневского, синтомициновую эмульсию, аэрозоль «Левовинизоль», пантеноловую мазь, солкосерил — в инъекциях и наружно в виде мази. К мазям переходят по мере очищения ран от гноя. Мазевые повязки меняют 1 раз в сутки.

## Питание больного

Питание — главный путь поступления в организм необходимых для жизнедеятельности веществ. В условиях болезни потребности человека, а также возможности переработки и усвоения пищи меняются. На этом основаны общие правила питания во время болезни. Крайне важно, чтобы приём пищи не вызывал у больного неприятных ощущений или затруднений (плохое состояние зубных протезов у пожилых людей, налёт на языке, из-за которого не ощущается вкус пищи, горечь во рту и т. д.). Следите за гигиеной полости рта больного. Если аппетит у подопечного нарушен по другим причинам, постарайтесь выяснить их. Внезапный отказ от пищи может быть признаком обострения болезни, сообщите о нём врачу.

## Рацион питания

Пища для больного должна содержать достаточное количество витаминов. Количество легкоусвояемых белков, жиров и углеводов в рационе больного нужно сбалансировать в соответствии с рекомендациями врача. На время болезни (за исключением хронических и острых заболеваний, требующих лечебной диеты со своими ограничениями) рекомендуется исключать из рациона подопечного жирные, острые блюда и приправы (перец, горчица, утка, гусь, баранина, свинина, говяжье, баранье, свиное сало). Не рекомендуются консервы.

Особо внимательно следует отнестись к качеству продуктов. Например, у людей с хроническими нарушениями пищеварительной системы ранние арбузы могут вызвать серьёзное обострение, отравление или тяжёлую аллергическую реакцию, поэтому следует покупать арбузы только в августе — сентябре (в период их естественного созревания).

Каковы бы ни были ограничения, постарайтесь сделать питание больного вкусным и разнообразным, не предлагайте ему одни и те же блюда изо дня в день.

Чтобы улучшить вкус пищи, добавляйте различные разрешённые соусы: сметанные, молочные, овощные и фруктово-ягодные.

### **Потребление жидкости**

Рекомендуется обильное питьё (не менее 1,5 л в день) — морс, чай с мёдом, сок, вода. Жидкость поступает также в составе пищи (суп, фрукты, овощи, мороженое). Важно пить в достаточном количестве потому, что с жидкостью из организма больного выводятся вредные вещества, в т. ч. те, что накопились из-за применения лекарственных препаратов. Молоко усваивается в желудке долго и тяжело, поэтому если давать его больному, то небольшими глотками, тёплым или комнатной температуры и отдельно от других продуктов.

Внимание! При насморке, простуде, бронхите, астме не рекомендуется давать больному молоко, особенно кипячёное — оно способствует образованию слизи в горле, носовой полости, лёгких.

При высокой температуре и усиленной потливости, а также при рвоте и диарее, когда теряется много жидкости, объём потребления увеличивается — более 2 л. В противном случае может возникнуть обезвоживание организма.

Если больной имеет избыточный вес и страдает отёками, потребление жидкости и соли надо ограничить. Общее правило таково: в день следует пить столько жидкости, сколько выделяется мочи.

### **Отправление естественных потребностей**

Мочеиспускание (выделение мочи) и дефекация (выделение кала) — одна из наиболее интимных сфер жизни человека. Нарушения в этой области болезненно переживаются любым человеком и способствуют развитию депрессии. Некорректная посторонняя помощь при совершении выделительных актов может тяжело ранить психику больного и в итоге привести к ухудшению самочувствия. Чтобы лишний раз не акцентировать внимание подопечного на данной теме, необходимо выявить режим его выделений: заметить, как часто у него бывает стул, сколько времени проходит между опорожнениями мочевого пузыря. Если вы вовремя (согласно индивидуальному режиму) предлагаете подопечному помощь, он чувствует себя более независимым. Чтобы обеспечить ему при этом комфорт, ваша помощь должна быть оперативной.

### **Недержание**

Недержание мочи и кала не всегда обусловлено процессом старения (расслаблением сфинктера (мышц) мочевого пузыря или кишечника). Причинами недержания мочи могут быть инфекционные заболевания мочевыводящих путей, психические травмы, врождённые дефекты позвоночника и спинного мозга. Недержание кала бывает вызвано тяжёлыми мозговыми нарушениями, воспалением или опухолью кишечника, каким-либо заболеванием (инсульт, нарушение мозгового кровообращения, инфекционные болезни). От ухаживающего и всех членов семьи человека, страдающего недержанием, требуется очень внимательное отношение к нему:

выясните режим (частоту) мочеиспускания (дефекации) больного и предлагайте ему помощь (водите в туалет, давайте судно) в нужное время. При недержании мочи интервал посещения туалета не должен превышать 2 ч;

предоставляйте человеку достаточно времени для опорожнения мочевого пузыря (кишечника);

сколько бы хлопот ни доставлял вам уход за больным, никогда не показывайте человеку негативных эмоций.

### Уход при недержании мочи

<b>Контроль за потреблением жидкости</b>	<p>Следите, чтобы подопечный выпивал в день не менее 1,5—2 л. Жидкость разбавляет мочу, и она меньше раздражает слизистые оболочки мочевого пузыря и кожу, что снижает риск непроизвольного выделения мочи.</p> <p>Для предупреждения инфицирования моче-выводящих путей и особенно при появлении первых признаков цистита необходимо обеспечить больному частое тёплое питьё.</p>
<b>Пользование мочеприёмником («уткой»)</b>	<p>Для мочеиспускания производят мужские и женские мочеприёмники. Женщины чаще пользуются не ими, а судном. Мужские мочеприёмники отличаются разнообразием. Они бывают дневного (объём 0,5 л) и ночного (объём 1,5 л) использования либо представляют собой систему из наконечника, похожего на презерватив, отводящих трубок и резервуара.</p> <p>У ходячих больных специальный мочеприёмник крепится к бедру.</p> <p>У лежачих больных мочеприёмник крепят к раме кровати либо поступают так: под крестец мужчины подкладывают надувное резиновое судно, а между ног кладут мочеприёмник («утку»), в котором постоянно находится половой член больного.</p> <p><b>Внимание!</b> Не забывайте следить за накоплением мочи в мочеприёмнике.</p> <p>Многим мужчинам трудно пользоваться «уткой» в лежачем положении. Поэтому в зависимости от состояния больного для мочеиспускания можно выбрать следующее положение: сидя в кровати; сидя на кровати и свесив ноги; стоя возле кровати.</p> <p>Мочеприёмник необходимо часто мыть и дезинфицировать растворами перманганата калия или хлорной извести.</p>
<b>Применение впитывающих средств</b>	<p>В настоящее время при недержании применяют одноразовые впитывающие материалы: памперсы, специальные вкладыши, эластичные фиксирующие штанишки и гигиенические прокладки. При использовании этих средств необходимо регулярно их менять, тщательно соблюдать гигиену кожи и устраивать воздушные ванны.</p> <p>Если у больного моча выделяется постоянно по каплям, то подойдёт памперс небольшого объёма. Если непроизвольное мочеиспускание происходит эпизодически, лучше брать памперс наибольшего объёма. Желательно, чтобы внутренний слой памперса был пропитан веществом, переводящим мочу из жидкого состояния в гелеобразное.</p>

<b>Советы народной медицины</b>	<p>Полезно есть лесную землянику и чернику.</p> <p>1 столовую ложку травы зверобоя залить 1 стаканом кипятка, накрыть и настоять в теплом месте 6—8 ч; процедить. Давать больному стакан настоя за 2 ч до сна.</p> <p>2 столовые ложки сушёных измельчённых листьев подорожника поместить в эмалированную посуду, залить 2 стаканами крутого кипятка и нагревать на водяной бане 30 мин, часто помешивая. Затем охладить и процедить. Давать больному по 1 столовой ложке 3 раза в день.</p>
---------------------------------	--

### Уход при недержании кала

Если у больного без позыва на стул происходит постоянное подтекание каловых масс (иногда вследствие каловой непроходимости), ему надевают памперсы, которые меняют по мере загрязнения.

Если у человека возникает позыв, но он не может после этого сдержать дефекацию, при таком недержании важно обустроить быт так, чтобы больной быстро попадал в туалет или мог немедленно воспользоваться судном.

Рекомендуется следить за рационом больного: часто давать ему питьё (увеличение объёма потребляемой жидкости препятствует образованию каловой непроходимости), кормить пищей с высоким содержанием белка и растительных волокон (мясные и молочные продукты, овощи).

### Помощь при запоре

Режим дефекации у каждого человека индивидуален: одни люди опорожняют кишечник ежедневно, другие — через 2—3 дня. Перемена обстановки, нарушение режима питания, недостаточная подвижность (особенно у лежачих больных)/приём лекарств, снижающих перистальтику кишечника, нередко ведут к нарушению в работе кишечника (запор, каловая непроходимость). Запор — это систематическая задержка стула более чем на 2 дня. Он сопровождается застоем каловых масс в кишечнике и вызывает отравление организма. Человек испытывает боли и тяжесть в животе, дискомфорт, становится раздражительным. У некоторых больных запор возникает в качестве реакции на заболевание органов, соседних с кишечником (атонический запор рефлекторного происхождения).

Чтобы правильно определить причины запора, лучше посоветоваться с врачом и лишь после этого прибегать к общим рекомендациям.

Причина запора	Рекомендации
<b>Малое потребление жидкости, приём концентрированной легкоусвояемой пищи</b>	<p>Чаще давайте больному воду, фруктовые соки и другое питьё (не менее 1,5-2 л в день).</p> <p>Ограничьте потребление сахара, сдобного теста, шоколада, яиц, орехов.</p> <p>Увеличьте потребление пищи с высоким содержанием клетчатки (свёкла, капуста, другие овощи в сыром виде, отруби, размоченный в воде чернослив, ржаной хлеб).</p> <p>Полезны кефир, простокваша, йогурты; фрукты (особенно сливы). Внимание! Выясните, достаточно ли пищи потребляет больной (запор может быть вызван скудным питанием).</p>
<b>Малоподвиж-</b>	Насколько позволяет состояние больного, побуждайте



<p><b>ный образ жизни</b></p>	<p>его больше двигаться и гулять, делать гимнастику (в частности, упражнения на укрепление мышц передней брюшной стенки). Например, втягивать живот в себя с задержкой на несколько секунд. Если больной лежит, он может сгибать ноги в коленях и максимально подтягивать их к животу. Затем — после небольшой задержки — медленно распрямлять ноги.</p> <p>Научите подопечного самостоятельно делать массаж передней стенки живота (круговыми движениями по часовой стрелке).</p> <p>Постарайтесь развить у больного привычку к дефекации в определённое время дня.</p> <p>Если стул не налаживается, периодически ставьте больному очистительные клизмы.</p> <p><b>Помните!</b> Злоупотребление клизмами может снизить чувствительность прямой кишки, что спровоцирует запор.</p>
<p><b>Ослабление кишечной мускулатуры в связи с процессом старения (атонический запор)</b></p>	<p>Рекомендуются клизмы и слабительные препараты. Если запор не поддаётся их действию, следует удалить затвердевший кал вручную (в противном случае он может окаменеть и вызвать образование пролежня в кишечной стенке).</p> <p>Для удаления кала вручную положите больного на судно, наденьте резиновые перчатки и смажьте их вазелином. Затем введите два пальца в прямую кишку больного и извлекайте затвердевшие каловые скопления по частям. После этого промойте кишечник с помощью клизмы.</p>
<p><b>Спазмы кишечника</b></p>	<p>Применяйте строго по назначению врача препараты, успокаивающие нервную систему, и препараты, содержащие атропин.</p>
<p><b>Боль из-за трещин прямой кишки или геморроя</b></p>	<p>Чтобы снизить болезненность акта дефекации, вводите подопечному свечи с глицерином или с облепиховым маслом, а также свечи обезболивающего действия.</p>
<p><b>Частое подавление нормального рефлекса на дефекацию</b></p>	<p>Постарайтесь помочь подопечному «наладить» рефлекс. Обеспечьте комфортные условия в туалете (или помещении, где больной пользуется судном): необходимо, чтобы человеку было тепло, просторно, его ничто не смущало, он никуда не торопился и был уверен, что его никто не слышит и не видит.</p> <p>Стимулируйте стул слабительными средствами: ревеня, кора крушины, жостер; 1 столовая ложка 25%-ного раствора сульфата магния ежедневно натощак.</p>

## Помощь при диарее

Больной, который не может обслужить себя самостоятельно, испытывает при диарее, или поносе (из-за частых позывов к дефекации, неприятного запаха от испражнений и боли), смущение и чувство угнетённости. В этом положении он особенно нуждается в чутком и внимательном отношении окружающих. Будьте поближе от больного, оперативно оказывайте помощь! Поскольку диарея изматывает человека, создайте ему условия для отдыха, ограничьте его физическую активность, пока диарея не прекратится. Если подопечный курит, ему придётся временно воздержаться от этого.

---

**Внимание!** При обнаружении в испражнениях крови и слизи необходимо вызывать врача.

---

<b>Гигиена и уход</b>	<p>Старайтесь оградить больного от неприятного запаха: сразу же закрывайте судно с испражнениями и выносите его в туалет, чаще проветривайте помещение.</p> <p>Тщательно подмывайте больного тёплой водой после дефекации, т. к. жидкие каловые массы раздражают кожу. Подмыв, просушите кожу вокруг ануса салфеткой и смажьте тонким слоем водоотталкивающего крема.</p> <p>Обязательно меняйте испачканное бельё.</p>
<b>Восполнение жидкости</b>	<p>При диарее организм человека теряет жидкость, длительная диарея может привести к обезвоживанию (особенно у пожилых людей). Поэтому как можно чаще давайте больному пить небольшими порциями тёплую воду или некрепкий чай.</p>
<b>Диета</b>	<p>Пока диарея не прекратится, положен голод.</p> <p>После прекращения диареи разрешены отварной картофель и рис, печёные яблоки, сухари, овощные пюре, мёд, варенье, мясо птицы. После нормализации стула на третий день можно давать больному чай с молоком, бутерброды с маслом, нежирное мясо и рыбу.</p> <p>Запрещены: кофе, крепкий чай, алкоголь, сырые овощи и фрукты, жирная и острая пища, жареные блюда.</p>
<b>Дополнительные меры при инфекционных кишечных заболеваниях (дизентерия, брюшной тиф)</b>	<p>Больных с такими заболеваниями помещают в инфекционную больницу. Пока человек не госпитализирован и находится дома, соблюдайте указанные ниже правила.</p> <p>Выделите больному индивидуальную посуду. Мойте её горячей водой с мылом и содой или препаратами для мытья посуды, содержащими антисептические компоненты. 1 раз в сутки кипятите посуду в течение 15 мин.</p> <p>Судно после использования обеззараживайте, затем ополаскивайте водой, закрывайте крышкой и храните в полиэтиленовом пакете. Для обеззараживания можно использовать 0,5%-ный раствор хлорной извести (2 столовые ложки хлорной извести на 1 л воды), гель «Доместос», АСС, раствор «Белизна» и др.</p> <p>Кал и мочу больного засыпайте в туалете на 1 ч сухой</p>

хлорной известью и только после этого спускайте в канализацию. Также поступайте с остатками пищи больного.

**Внимание!** Неукоснительно соблюдайте режим личной гигиены.

Грязное бельё больного, перед тем как поместить в стиральную машину или бак для кипячения, держите 20—30 мин в дезинфицирующем растворе.

### Оценка состояния больного

Человеческий организм — целостная система, состояние которой характеризуется рядом показателей. Одни из них определяются в результате лабораторного исследования, другие очевидны (например, горячий лоб при повышении температуры, учащённое дыхание, избыточная потливость, неестественный цвет мочи и др.).

Контроль за основными жизненно важными параметрами помогает объективно оценить состояние больного. Чтобы успешно лечить человека, необходимо следить за развитием его болезни, т. е. ежедневно наблюдать за изменениями в состоянии подопечного. Это касается как прямых показателей (температура тела, артериальное давление, пульс), так и косвенных (поведение человека, поза, цвет лица, аппетит и др.). В случае длительного течения болезни лучше вести дневник наблюдения.

Реакция больного на измерения, связанные с этим наблюдением, может быть разной:

волнение из-за опасения плохих результатов;

испуг, что вы скрываете от человека ухудшение состояния;

сопротивление из-за крайней усталости, слабости, вызванной недомоганием, или неадекватного восприятия действий окружающих.

Ухаживающий должен быть готов терпеливо выслушать возражения больного и постараться мягко убедить его в необходимости проводимых измерений.

---

**Помните!** Показатели давления, пульса, дыхания наиболее точны, если при их измерении человек спокоен, не возбуждён (иногда рекомендуется снимать показания незаметно для больного). К искажению результатов приводят также физическая нагрузка, утомление, приём пищи.

---

### Температура тела

Чтобы в человеческом организме непрерывно протекал процесс обмена веществ, необходима постоянная температура тела. Её постоянство (суточное значение колеблется лишь в пределах от 0,3 до 1 °С) поддерживается за счёт процессов естественной терморегуляции (выработки тепла организмом и выделения его в окружающую среду, или теплоотдачи). Если происходит резкое колебание температуры, это своеобразный сигнал тревоги, а повышение температуры свидетельствует о начале заболевания.

<p><b>Нормальный показатель</b></p>	<p>У здорового человека температура тела колеблется, реагируя на многие факторы (температура и влажность воздуха, эмоциональная нагрузка, время суток), поэтому принято говорить о диапазоне нормальных значений: 36-37 °С.</p> <p><b>Внимание!</b> Температура тела — сугубо индивидуальный показатель. Ухаживая за больным, важно знать обычный диапазон колебаний его температуры, чтобы вовремя сообщить врачу, если она станет выше или ниже обычных для больного значений. Измерять температуру нужно всегда одним и тем же способом и в одно и то же время, если не возникают другие обстоятельства. Помните!</p> <p>У детей температура выше, у пожилых людей ниже. Утром температура ниже, к вечеру — выше. В прямой кишке и во влагалище температура на 1° С выше, чем температура в подмышечной и паховой областях. При увеличении эмоциональных нагрузок температура несколько повышается.</p>
<p><b>Отклонения от нормы и их причины</b></p>	<p>Повышение температуры в медицине принято называть лихорадкой. Её вызывают: инфекционные и вирусные заболевания, воспалительные процессы, некроз тканей в результате нарушения кровообращения (в том числе при инфаркте миокарда), злокачественные опухоли, эндокринные заболевания, аллергические реакции, нарушения функций центральной нервной системы.</p> <p><b>Помните!</b> У пожилых людей воспалительный процесс может протекать атипично, с незначительным повышением температуры, у детей — с её очень резким скачком.</p> <p><b>Внимание!</b> Для здоровья людей с хроническими заболеваниями температура, превышающая 38° С, представляет серьёзную опасность, а превышающая 41° С — угрозу для жизни.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реже встречается понижение температуры, например, вследствие упадка сил, переохлаждения, вегетососудистого криза. Утренняя температура 35,6—35,9° С может наблюдаться при снижении функции щитовидной железы, надпочечников, при некоторых заболеваниях головного мозга, истощении в результате голодания, а также после значительной потери крови. Понижение температуры наблюдается при холере.</li> </ul> <p>Слегка повышенная температура 37,1— 37,4° С называется субфебрильной. Она может держаться продолжительное время и сопровождаться слабостью, общим недомоганием. Для выяснения причины следует обязательно обратиться к терапевту.</p> <p>Циклические скачки температуры характерны для ряда заболеваний, например, наблюдаются при малярии.</p>
<p><b>Правила измерения температуры</b></p>	<p>Температуру измеряют дважды в день: в 7—9 ч утра и в 16—18 ч вечера. Больной должен лежать или сидеть. В некоторых случаях, по специальному указанию врача,</p>

	<p>температуру измеряют каждые 2—3 ч и записывают показания в температурный лист.</p>
<p><b>Приборы для измерения температуры</b></p>	<p>Стеклянный медицинский термометр Цельсия со шкалой от 34 до 42° С. На конце стеклянной трубки имеется резервуар, заполненный ртутью или спиртом. Применяется чаще всего.</p> <p><b>Внимание!</b> Если термометр разбился и ртуть разлилась, очень тщательно соберите её ваткой и протрите фланелевой тряпкой всю поверхность, на которой она разлилась. Отравление парами ртути очень опасно!</p> <p>Электронный цифровой термометр, работающий от батареек. Применяют для определения местной температуры кожи и слизистых оболочек у тяжёлых и ослабленных больных, а также у детей.</p> <p>Температурный индикатор многоцветного действия — полоса из пластика, со вставками, пропитанными термочувствительными веществами, которые меняют цвет в зависимости от величины температуры. Каждая вставка снабжена указателем температуры. Применяют, чтобы проследить изменение температуры у тяжелобольных в течение длительного времени.</p>
<p><b>Способы измерения температуры стеклянным термометром</b></p>	<p><u>Измерение в подмышечной впадине</u></p> <p>Вымойте термометр тёплой водой с мылом и насухо вытрите. Встряхните термометр (резервуаром с ртутью вниз) так, чтобы показание на шкале стало ниже 35° С. При этом соблюдайте осторожность: не уроните термометр и не ударьте его обо что-нибудь.</p> <p>Насухо вытрите кожу в подмышечной впадине больного чистой марлевой салфеткой или любой мягкой тканью.</p> <p>Поставьте ему термометр так, чтобы резервуар с ртутью со всех сторон соприкасался с телом в глубине подмышечной впадины; попросите человека прижать руку к телу. Следите, чтобы между термометром и телом больного не попало бельё. Если человек ослаблен, то придерживайте его руку в требуемом положении.</p> <p>Держите термометр не менее 10 мин.</p> <p>После использования и снятия показаний температуры вымойте термометр тёплой водой с мылом (но не горячей!), вытрите, встряхните ртуть до уровня 35° С и уберите в футляр.</p> <p><u>Измерение в прямой кишке</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рекомендуется тяжелобольным и истощённым людям. Противопоказано при диарее и запорах. При геморроидальных трещинах и узлах соблюдайте осторожность!</li> </ul> <p>Смажьте термометр вазелином или любым другим жиром. Уложите больного на левый бок.</p> <p>Вставьте термометр на половину длины в задний проход. Одной рукой придерживайте в сомкнутом состоянии ягодицы больного, другой обязательно фиксируйте в нужном положении термометр.</p> <p>Держите термометр 3 мин.</p>

	<p><b>Помните!</b> Показания будут выше на 0,5—1 °С. После применения вымойте термометр тёплой водой и продезинфицируйте его в спирте.</p>
<p><b>Как пользоваться другими термометрами</b></p>	<p><u>Электронный цифровой термометр</u> Вставьте в подмышечную впадину или приложите к любому участку тела. Включите прибор нажатием кнопки. Время измерения — 3 с. На экране, расположенном на корпусе термометра, появится цифровое значение температуры. После использования протрите термометр ваткой, смоченной в спирте.</p> <p><u>Температурный индикатор многоцветного действия</u> Это пластиковая полоса со вставками, снабжёнными указателями температуры. Расположите индикатор на лбу больного на целый день. Вставки пропитаны термочувствительными веществами, в зависимости от величины температуры их цвет будет, меняться. С помощью прибора удобно следить за тенденцией изменения температуры у тяжелобольных.</p>

### Уход при повышении температуры

Повышение температуры тела происходит в несколько этапов. Каждый из них требует от ухаживающего за больным соответствующей реакции.

Состояние больного	Поведение ухаживающего
<p>Температура постепенно растёт, больного знобит, он жалуется на головную боль, недомогание.</p>	<p>Хорошо укройте больного, положите к ногам тёплую грелку, дайте горячее питьё, следите за состоянием подопечного.</p>
<p>Высокая температура держится постоянно: усиливаются общая слабость, головная боль (тяжесть в голове); отмечается ломота в суставах; болезненность кожного покрова, сухость во рту, жар; возможен бред.</p>	<p>Не оставляйте больного одного. Не давайте ему раскрываться. Положите на лоб холодный компресс (1 чайная ложка уксусной кислоты на 1 стакан воды) и регулярно смачивайте его. Давайте обильное подкисленное питьё (морс, минеральную воду без газа, отвар шиповника без сахара). Не настаивайте на еде (особенно на мясе, молоке). Кормите малыми порциями жидкой калорийной пищей. Следите за артериальным давлением и пульсом. При температуре выше 38° С раскройте больного, обдувайте его. Кожу обтирайте слабоспиртовым или слабоуксусным раствором.</p>

	При повышенной потливости смените бельё.
Температура медленно падает в течение нескольких дней (лизис); отмечаются слабость, небольшая испарина.	Следите за артериальным давлением и пульсом подопечного.
Температура резко падает с очень высокой до низкой в течение нескольких часов (кризис): — учащается дыхание и пульс (вплоть до нитевидного); — артериальное давление резко снижается; — наблюдаются сильная слабость, озноб, обильное потоотделение, бледность.	Обложите больного грелками. Дайте горячий сладкий чай. Уберите подушку из-под головы и положите её под ноги. Вызовите «скорую помощь», поскольку может возникнуть острая сердечная недостаточность и потребуются ввести необходимые лекарственные препараты.

### Артериальное давление

В организме человека (его органах и тканях) постоянно поддерживается кровоток. Он обеспечивается за счёт эластичности стенок артерий и регулярности работы сердца. Давление, которое кровь в процессе продвижения оказывает на стенки артерий, называется артериальным давлением (АД). Каждый раз, когда сердце сокращается (систола) и выбрасывает в организм кровь, АД достигает максимального уровня (систолическое давление). В период расслабления сердца (диастолы) давление крови минимально (диастолическое давление). В быту систолическое давление называют верхним, а диастолическое — нижним.

Отклонение АД от нормы — симптом неблагополучия в организме, оно сопровождается головной болью, головокружением, слабостью, заложенностью или «звоном» в ушах, тошнотой и даже рвотой.

<b>Нормальный показатель</b>	Оптимальный уровень АД — 120/80 мм рт. ст. Однако, по статистике, диапазон АД здоровых людей: 110/70-139/89. <b>Внимание!</b> Давление, при котором человек чувствует себя комфортно, называют привычным, или «рабочим». Его величина может не совпадать с общепринятой нормой. <b>Помните!</b> АД меняется в течение дня, и утром оно ниже; АД с возрастом становится выше.
<b>АД выше нормы, причины</b>	Гипертензия — состояние, при котором показатель АД подопечного выше его «рабочего» уровня. Это может говорить о том, что у больного имеется одно из заболеваний почек, надпочечников, щитовидной железы, гипопфиза, сосудов. Если больной — метеозависимый человек, причина гипертензии — погодные перепады атмосферного давления. Чтобы определить причину точнее, необходима консультация врача. Гипертония — болезнь, при которой АД стойко повышено (при диагностике 3 произвольно взятых за несколько месяцев измерения были выше 140/90). Опасность

	<p>болезни в том, что со временем человек привыкает к своему состоянию и не ощущает, что его «рабочее» давление стало значительно выше. В последнее время термины «гипертензия» и «гипертония» используют как синонимы. Гипертония может иметь наследственное происхождение. Развитию болезни способствуют неправильное питание (чрезмерное употребление соли), атеросклероз, избыточная масса тела, постоянные психоэмоциональные нагрузки, злоупотребление спиртным и табаком.</p> <p>Гипертонический криз — внезапный резкий подъём АД, как правило, у больных гипертонией (помните, что понятие «очень высокое» давление относительно!). Помимо обычных симптомов сопровождается перебоями в работе сердца, покраснением лица, отёком век, заканчивается обильным мочеиспусканием. Может быть вызван стрессом, нарушением диеты, резкой сменой погоды.</p> <p><b>Внимание!</b> Высокое АД чревато инсультом или инфарктом миокарда. При подозрении на гипертонический криз срочно вызывайте больному «скорую» и принимайте меры первой помощи.</p>
<p><i>АД ниже нормы, причины</i></p>	<p>Гипотония (АД ниже 100/60 у молодых людей и ниже 105/65 у людей пожилого возраста). Состояние вызвано нарушением сосудистого тонуса, например, из-за перемены погоды или наличия вегетососудистой дистонии.</p> <p>Низкий показатель АД может быть при некоторых инфекционных заболеваниях, болезни Аддисона, снижении функции щитовидной железы (гипотиреозе), анемии, язвенной болезни, гепатитах и циррозах печени.</p> <p>К снижению давления может привести приём некоторых лекарств.</p> <p>Падение АД наблюдается при тяжёлых, экстремальных состояниях (отравления, внутренние кровотечения).</p> <p><b>Помните!</b> Резкое падение АД может привести к обмороку. Так, признак коллапса (состояние, похожее на обморок) — верхнее давление ниже 80 мм рт. ст. (у гипертоников этот показатель может быть выше).</p>
<p><i>Правила измерения артериального давления</i></p>	<p>Давление измеряют в определённое время, в первой половине дня. Врач может установить особый график измерения.</p> <p>За 30 мин до измерения нужно исключить приём пищи (особенно, содержащей кофеин и алкоголь), курение, физическое напряжение и воздействие холода.</p> <p>Подопечному стоит занять удобную позу, успокоиться. Во время измерения нельзя разговаривать и отвлекаться.</p> <p>Если подопечный сидит, лучше опереться на спинку стула (резкое движение во время измерения может исказить показание АД). Рука лежит на столе (должна находиться на уровне сердца).</p> <p>Если подопечный лежит, рука должна располагаться вдоль тела и быть слегка поднятой до уровня,</p>



	<p>соответствующего середине груди (под плечо или локоть можно подложить небольшую подушечку).</p> <p><b>Внимание!</b> Если подопечный жалуется на ухудшение самочувствия при изменении положения тела, следует дополнительно измерить ему АД через 1 и 5 минут после того, как он встал с постели.</p> <p>Если показания давления кажутся неточными, повторные измерения производят с интервалом 5-10 мин не более 3 раз. При этом рекомендуется снимать манжету с руки, что позволяет кровеносным сосудам восстановить эластичность.</p>
--	--

### Кашель

Следует понаблюдать, как кашляет больной: непрерывно, периодически или приступами, отхаркивает ли он мокроту, что провоцирует кашель (например, кашель возникает во время еды или при определенном положении тела).

Характер кашля	Возможные причины
Короткий осторожный кашель.	Плеврит.
Лающий кашель.	Острый бронхит; поражение гортани (коклюш, начинающийся ложный круп).
Сиплый беззвучный кашель.	Воспаление и изъязвление голосовых связок.
Влажный кашель (с мокротой). Появляется по мере накопления мокроты и стихает после её выделения.	Воспаление лёгких; туберкулёз; хронический бронхит; абсцесс лёгкого.
Кашель с обильной мокротой при определённом положении тела.	Наличие полости в лёгком, бронхоэктатическая болезнь.
Сухой кашель.	Простудные заболевания; воспаление плевры; сдавливание бронха опухолью или инородным телом.

### Мочепускание

С мочой из организма человека выводятся конечные продукты обмена веществ, некоторые лекарства. Здоровый человек мочится свободно, безболезненно, без усилий. Расстройства мочеиспускания пагубно влияют на общее состояние организма и вызывают психологический дискомфорт. Поэтому важно контролировать эту сферу жизни подопечного, наблюдая за тем, как часто он мочится, не испытывает ли при этом боли или затруднений, способен ли контролировать себя.

<b>Нормальные показатели</b>	<p>Общее количество мочи за сутки (диурез) составляет у взрослых от 1 до 1,8 л. На этот показатель влияет количество выпитой жидкости (учитывая продукты, содержащие воду) и интенсивность потоотделения.</p> <p>Частота мочеиспусканий 4—7 раз, причём на дневное время приходится 70% выделений.</p> <p>Цвет мочи от золотисто-жёлтого до янтарного (в зависимости от состава пищи), она прозрачна, имеет лёгкий</p>
------------------------------	--

	<p>запах.</p> <p>Утром моча более тёмная, в течение дня становится светлее, т. к. обычно человек днём пьёт больше, чем ночью.</p>
<b>Нарушения диуреза и их причины</b>	<p>Количество выделяемой мочи увеличивается (полиурия) при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— повышении температуры тела;</li> <li>— приёме мочегонных препаратов;</li> <li>— диабете (до 8—9 л в сутки);</li> <li>— сосудистых поражениях почек.</li> </ul> <p>Количество мочи уменьшается (олигурия) при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— диарее;</li> <li>— отёках любого происхождения;</li> <li>— сердечной недостаточности;</li> <li>— острым поражении почек (в конечной стадии хронической почечной недостаточности).</li> </ul> <p>Полное прекращение выделения мочи (анурия) бывает при закрытии просвета мочеточника камнем или опухолью, при спазмах в случае прохождения камней по мочеточникам, при острых и хронических заболеваниях почек.</p>
<b>Нарушение частоты мочеиспусканий, причины</b>	<p>Частое мочеиспускание бывает при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— воспалении мочевого пузыря (цистите);</li> <li>— пиелонефрите;</li> <li>— почечной колике;</li> <li>— повышении АД;</li> <li>— аденоме предстательной железы.</li> </ul> <p>Снижение частоты мочеиспусканий может быть вызвано:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— большой потерей крови при травме;</li> <li>— интоксикацией организма;</li> <li>— воспалением почек (гломерулонефрит).</li> </ul>
<b>Нарушение ритма мочеиспусканий, причины</b>	<p>Частые позывы ночью (никтурия) наблюдаются при сердечной и почечной недостаточности.</p> <p>Обильным мочеиспусканием заканчивается гипертонический криз.</p> <p>Непроизвольное выделение мочи происходит при недержании (подробнее см. с. 157); при судорожных припадках, эпилепсии.</p> <p>Острая задержка мочи бывает при повреждении позвоночника, после операции, при заболеваниях предстательной железы, вследствие стресса, переохлаждения, длительной сидячей позы.</p> <p><b>Внимание!</b> Задержка мочи — угроза для жизни, если не помогают меры первой помощи, нужно вызвать «скорую».</p>
<b>Неестественный цвет мочи, причины</b>	<p>Красный цвет может быть при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— употреблении в пищу свёклы, моркови (цвет розовый);</li> <li>— применении амидопирина и других анальгетиков;</li> <li>— заболеваниях почек и мочевыводящих путей</li> </ul> <p>Ярко-жёлтый цвет вызван приёмом тетрациклина, акрихина, рибофлавина.</p> <p>Тёмно-жёлтый цвет с зеленоватым оттенком</p>

наблюдается при поражениях печени.

Мутная моча с примесью гноя бывает при цистите, пиелите, мочекаменной болезни.

## Стул

Режим дефекации (выделения кала) у каждого человека индивидуален: у кого-то опорожнение кишечника происходит каждый день, у кого-то раз в 2-3 дня. Важно, чтобы стул был регулярным, нормальным, безболезненным. О нарушении стула могут свидетельствовать сбой в режиме (запор или диарея) и ненормальная консистенция кала (кашицеобразный, жидкий, плотный). Встревожить должен и необычный цвет кала, например, чёрный. Однако стоит знать, что чёрная окраска не обязательно связана с наличием крови в кале, она может быть вызвана приёмом лекарств, содержащих соли железа, висмута, йода, или чрезмерным употреблением в пищу чёрной смородины, черники, вишни.

Свойства кала	Возможные причины
Имеет вид лент или плотных шариков (овечий кал).	Сужения или спазмы толстого кишечника.
Глинистый или замазкообразный серый кал.	Закупорка желчного протока.
Зеленовато-бурый кал.	Сальмонеллёз.
Обесцвеченный кал.	Гепатит (одновременно с этим темнеет моча).
Примеси слизи, гноя и крови.	Дизентерия.
Водянистый, пенистый, желтоватый стул.	Вирусный энтерит.
Примеси тёмной крови в кале (дёгтеобразный кал).	Кровотечение из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (заболевания пищевода, желудка и т. д.)
Сгустки алой крови на поверхности кала.	Кровотечение из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта (геморрой, трещины заднего прохода, опухоли кишечника, полипы).

**Внимание!** Наличие в кале крови и слизи может говорить об инфекции или необходимости хирургического вмешательства. Нужно срочно вызвать врача и сохранить испражнения до его прихода, а затем отправить их на анализ. При подозрении на кровотечение из желудочно-кишечного тракта до приезда врача не надо кормить, поить больного, давать ему лекарства.

Нарушения режима выделения	Возможные причины
Жидкий обильный стул   3-4 раза в сутки.	Воспаление тонкого кишечника (колит, дуоденит). Лёгкая форма кишечной инфекции (сопровождается головной болью, повышенной температурой).
Стул до 10-15 раз в сутки маленькими порциями.	Тяжёлая форма острой кишечной инфекции (сопровождается рвотой, высокой температурой).
Запор.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Колит, холецистит, гепатит, панкреатит.</li> <li>• Сахарный диабет, гипотиреоз, другие системные заболевания.</li> <li>• Приём некоторых лекарств (анальгетиков, препаратов железа и др.).</li> </ul>

**Помните!** Диарею в большинстве случаев (несварение пищи, острая кишечная инфекция, отравление) бесполезно (а иногда и вредно) останавливать противодиарейными препаратами или антибиотиками, поскольку устраняется симптом, а не причина заболевания. При подозрении на кишечную инфекцию срочно вызовите врача или «скорую помощь» и следуйте полученным рекомендациям. При несварении (пищевая диарея) врача следует вызвать, если недомогание продолжается больше 1—2 дней.

### Как ухаживать за человеком с рассеянным склерозом

Рассеянный склероз — тяжёлое прогрессирующее хроническое заболевание, при котором повреждаются головной и спинной мозг и страдают почти все функции организма. Болезнь обычно начинается в возрасте от 20 до 50 лет (преимущественно у женщин) и является наиболее частой причиной инвалидности у людей с поражениями нервной системы.

**Помните!** Если у подопечного появились ощущения онемения, пощипывания и жжения в некоторых участках тела, так может давать о себе знать начинающийся рассеянный склероз. Срочно обращайтесь к невропатологу.

В отличие от других заболеваний с похожими проявлениями признаки рассеянного склероза в течение ряда лет обычно то появляются, то исчезают. В период, когда болезнь не даёт о себе знать, говорят, что она перешла в фазу ремиссии. Однако каждое новое обострение протекает с более выраженной симптоматикой, что говорит о прогрессировании патологического процесса. Приходится признать, что в настоящее время эффективных методов лечения рассеянного склероза не существует.

**Внимание!** При ухудшении состояния больного очень важно концентрировать внимание подопечного на том, что он может делать, а не на том, чего он делать уже не может.

Ниже рассказывается, как помочь человеку с рассеянным склерозом при тех или иных нарушениях здоровья.

<p><b><i>Постоянная усталость, быстрая утомляемость</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживайте подвижность подопечного, максимально увеличивая для него количество действий по самообслуживанию.</li> <li>• При этом любые действия подопечный должен выполнять неторопливо, не перенапрягаться и чаще отдыхать.</li> </ul>
<p><b><i>Бессонница</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Посоветуйтесь с лечащим врачом о том, какие препараты и средства народной медицины не повредят вашему подопечному. Только специалист может учесть все особенности состояния, к которому приводит рассеянный склероз.</li> <li>• В некоторых случаях способны помочь простые средства (молоко с мёдом, аромат успокаивающих трав и пр.).</li> </ul>
<p><b><i>Отекающие и постоянно мёрзнущие ноги</i></b></p>	<p>Делайте больному тёплые (но ни в коем случае не горячие!) ванны, если они не противопоказаны ему по другим заболеваниям. Тёплая вода не только согревает, но снижает напряжение мышц и предотвращает появление мышечных спазмов (судорог), а горячая — лишь усиливает слабость и может даже привести к потере сознания.</p>
<p><b><i>Нарушение равновесия, неуверенная шаткая походка</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помогайте подопечному сохранять равновесие при передвижении.</li> <li>• Уговорите его попробовать пользоваться тростью, поручнями, ходунками или другими приспособлениями, предотвращающими падения. Расскажите и покажите, как это делается, помогите освоиться с новыми приспособлениями.</li> <li>• Для поддержания подвижности суставов поражённых рук и ног обязательно проводите с подопечным (или следите за тем, чтобы он делал это сам) по несколько раз в день лечебную гимнастику, которую назначает врач. Комплекс упражнений состоит из активных и пассивных движений, выполняемых в разнообразных позициях (стоя, сидя, лёжа, при различных положениях рук и ног), а также дыхательных упражнений.</li> </ul>

<p><i>Двоение, пелена перед глазами, выпадение части поля зрения</i></p>	<p>Зрительную функцию чрезвычайно важно сохранять как можно дольше. Тщательно выполняйте все рекомендации специалиста. Поскольку процесс будет прогрессировать, с помощью медикаментов и ухода можно лишь замедлить его.</p>
<p><i>Нарушения памяти, речи, замедленное понимание речи окружающих; резкая смена настроения</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Создавайте у больного положительный эмоциональный настрой. Будьте готовы к сменам настроения у подопечного, переносите их спокойно.</li> <li>• Несмотря на очевидные трудности, способствуйте тому, чтобы ваш подопечный поддерживал контакты и дружеские отношения с другими людьми вне дома и ни в коем случае не оказался в изоляции. Это только усугубит болезнь.</li> <li>• Проявляйте максимальное терпение. При общении с больным постарайтесь приспособить свою нервную систему под этот непривычный для вас ритм — не торопите подопечного с ответами на ваши вопросы, не раздражайтесь, если он что-то забыл и приходится лишний раз повторять, при трудностях с речью подсказывайте подопечному слова и не смейтесь над его забывчивостью.</li> </ul>

## Полезные советы

### Рассеянный склероз - несколько полезных правил

В борьбе с рассеянным склерозом важную роль играет эмоциональное и психологическое состояние человека. Проявляясь в 20-40 лет, болезнь поражает уже зрелого, сформировавшегося человека. Поэтому так велика горечь потерь, особенно невозможность вести прежний образ жизни. Возникает состояние растерянности, нередко озлобленности. Но человек продолжает жить. Важно и в этих условиях искать приложное своим возможностям. Не следует возлагать вину за болезнь на окружающих. Излечению это не поможет, а свое внутреннее состояние заболевший ухудшит наверняка, и самое главное - может потерять последних друзей.

Не нужно ограничивать себя в прогулках, посещении театров, музеев и других общественных мест. Надо смелее и с достоинством пользоваться костылями, тростью, инвалидной коляской; не стесняться прибегать к помощи окружающих; путешествовать, если есть возможность; стараться сохранить привычную работу. Все это поможет чувствовать себя в гуще жизни. Помните, что всем нам время от времени в силу разных причин приходится менять нашу жизнь и думать о будущем больше, чем о прошлом.

Общение с друзьями, активная жизнь, стремление быть полезным для окружающих имеют большое значение для восстановления эмоционального настроения. Нет причин замыкаться в себе и избегать людей.

**Вот несколько правил, которые должны стать спутниками любого, кто страдает рассеянным склерозом.**

1. Избегайте перегревания: следует принимать теплый (не горячий) душ. Воздерживайтесь от длительного пребывания под прямыми солнечными лучами. Летом вашими союзниками должны стать широкополая шляпа и холодный душ.

2. Отрегулируйте свое питание: ежедневное употребление сливочного масла, сладких булочек или пирожных приведет к повторной атаке заболевания. Старайтесь держать стабильным вашу массу тела.

3. Выясните, не страдает ли кто-то из родственников в возрасте 30-40 лет гипертонической болезнью, стенокардией или другими сосудистыми заболеваниями, не было ли в вашем роду ранних смертей от инфаркта миокарда или инсульта. В таком случае вам необходимо регулярно контролировать уровень липидов сыворотки крови (или только холестерина); чаще включать в рацион фрукты, овощи, оливки, речную рыбу. Животных жиров следует употреблять значительно меньше, чем растительных. Регулярно следите за уровнем артериального давления и сахара крови.

4. По возможности сделайте удобным свое жилище: оправдан переезд на первый этаж. Коридоры следует освободить для передвижения кресла-коляски. Стены квартиры необходимо оборудовать брусьями-перилами, в туалете - подставками-опорами для ног, а в ванной - съемным сиденьем. В кухне продумайте удобное место для работы сидя. Полезно выделить в квартире гимнастический уголок со шведской стенкой и матами.

5. Позаботьтесь о своей иммунной системе: шерсть животных, перья птиц, шерстяные ковры могут содержать аллергены, провоцирующие обострение рассеянного склероза. Не следует разводить дома цветущие растения. Квартира должна содержаться в идеальной чистоте: помимо пылесоса обязательна влажная уборка помещений. Всегда держите под рукой какое-нибудь противоаллергическое средство.

6. В домашней аптечке весной и осенью обязательно должен быть интерферон. Несколько капель интерферона в нос в первые три часа после возможного заражения вирусной инфекцией (ОРВИ) могут предотвратить заболевание. Если в семье кто-то болеет ОРВИ, вам также следует использовать интерферон в профилактических целях.

Одним из осложняющих проявлений рассеянного склероза являются мышечные спазмы. Лекарственные средства, рекомендованные врачом или специалистом консультативного центра, помогут снимать и уменьшать спазмы. Однако полезно знать, какие факторы способствуют увеличению или снижению мышечных спазмов.

Прежде всего, максимально увеличивают мышечные спазмы (спастичность) психоэмоциональные перегрузки, физические нагрузки на "заинтересованные" группы мышц, а также курение и употребление больших количеств кофе.

Хорошими средствами для уменьшения спастичности являются занятия йогой, аутотренингом, плаванием. Быстрый эффект для снижения тонуса мускулатуры нижних конечностей способна дать теплая сидячая ванна. Снижению тонуса способствуют также различные маховые упражнения. Наиболее эффективных результатов удастся достичь путем регулярных занятий плаванием, но без чрезмерных физических нагрузок. Здесь проявляется двойкий эффект: пребывание в воде, во-первых, способствует расслаблению, а во-вторых, оказывает умеренное холодное воздействие. Регулярные упражнения без значительных физических нагрузок способствуют не только нормализации

мышечного тонуса, но и улучшают общее самочувствие. Однако пользу принесут только те занятия, которые выполняются с удовольствием и соответствуют индивидуальным возможностям человека. Помимо выбранного комплекса физических упражнений специалисты рекомендуют заняться ездой на велосипеде или катанием на лодке. Главное - остерегаться переутомления, которое может стать причиной обострения болезни.

#### **Что делать для профилактики обострений рассеянного склероза**

1. Не волноваться.
2. Не переутомляться на работе и дома
3. Не спешить, не ждать долго, не носить тяжестей
4. Не конфликтовать с окружающими
5. Правильно питаться и не переедать
6. Не употреблять алкоголь
7. Не курить
8. Не пользоваться гормональными контрацептивами
9. Одеваться по погоде
10. Не перегреваться
11. Чаще советоваться с врачом

---

**Помните**, что акцент на лечение должен делаться во время ремиссий для профилактики обострений.

---

Таким образом, главное для больного рассеянным склерозом - вести здоровый образ жизни настолько, насколько это возможно. Это оградит его от других болезней и поможет справиться с рассеянным склерозом.



### **3.3. МОДУЛЬ «АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ 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.

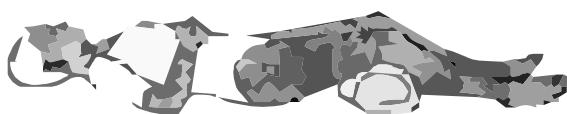
Расслабление означает, что тяжесть тела нужно прочувствовать осознанно. Если поначалу этого достичь нелегко, можно применить канонические способы аутогенной тренировки: "Моя правая рука теплее левой...", моя правая нога теплая..., я ощущаю тяжесть в правой половине тела..." и т.д. Фиксируют свое внимание 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 усилиться. 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



ðèñ. ê óї ð.1

Под коленные суставы подложена подушка или одеяло, свернутое в валик. Колени находятся на некотором расстоянии друг от друга.

### Упр. 2



ðèñ. ê óї ð.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



ðèñ. ê óї ð.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



ðèñ. ê óї ð.4

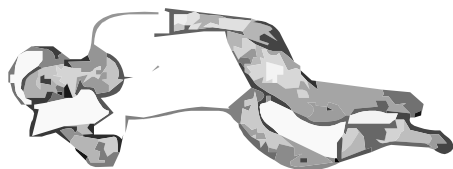
Левое колено согнуто и отведено влево. Большая плотная подушка поддерживает левое бедро, живот и грудную клетку. Правая рука удобно лежит на подстилке позади тела. Небольшую подушку можно положить под голову и плечо.

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

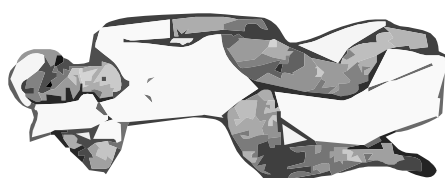
### Упр. 5



ðèñ. ê óї ð.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



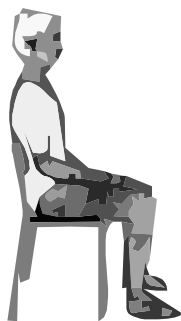
ðèñ. ê óї ð.6

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



ðèñ. ê óї ð.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.



дөһ. ё ої д.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

внутри, правая нога не скользила вперед и не давила на пятку, а спина была прямой. Менять левую и правую ноги.

### Упр. 10



Әеӊ. ё оӊ Ә.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.*



Әеӊ. ё оӊ Ә.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. Обратит внимание на то, чтобы правое колено не давило внутрь и левая ступня не скользила, а положение левого колена не вызывало неудобств.

### Упр. 12



Әеӊ. ё оӊ Ә.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 разводите 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.

### Упр. 13



ծը՞ն. է օ՛ւ ծ.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.*

Колени 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 наружу 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. Седлищные 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 углом 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 обопрется 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 придерживать 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 брать 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 трясги 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 трясги 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.

---

#### **Литература**

1. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М.: "Медицина", - 1988. - с.54, 115-117, с.258-259.

2. Kunzle U. Selbsttraining bei MS. - Zurich: Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 1992.

3. Мертин Ю., Пет Б. Физиотерапия и рассеянный склероз - применение концепции Бобат//Лечение рассеянных склерозов. - 1994 - Т. 1., N 1. - С. 12-15.

### 3.4. МОДУЛЬ «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 игротренинга:

*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.

Занятия пальчиковым игротренингом проводятся как индивидуально, так и в группах по 3-4 человека.

### 3.5. МОДУЛЬ «СРЕДСТВА ТЕХНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, БЫТОВАЯ РЕАДАПТАЦИЯ, САМООБСЛУЖИВАНИЕ»

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.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

- восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

#### **Первое занятие.**

1. *Современное представление о заболевании, методах лечения, проблемы и решения.*
2. *Организация помощи;*

#### **Второе занятие.**

1. *Социальная реабилитация, коррекция когнитивного, социально-культурного, духовного компонентов деятельности удовлетворение потребностей инвалида в информации, в получении социально-культурных услуг.*

- система и процесс восстановления способностей инвалидов к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социальная реабилитация включает социально-бытовую адаптацию и социально-средовую ориентацию.

**Социально-бытовая адаптация** - это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалида и приспособления к ним.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации включают:

- информирование и консультирование инвалида и его семьи;
- адаптационное обучение инвалида и его семьи: персональному уходу (самообслуживанию), персональной сохранности, овладение социальными навыками;

**Социально-средовая ориентация** - это система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности.

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- социально-психологическую реабилитацию, проводимую в виде входной и итоговой психодиагностики, психокоррекционных занятий, тренингов и психологического консультирования;
  - обучение общению, социальной независимости социокультурными и спортивными средствами;
  - правовое консультирование по вопросам социальных гарантий, трудоустройства и др.;
  - обучение навыкам занятий физкультурой и спортом.
2. *Индивидуальная программа реабилитации инвалида*
  3. *Участие семьи. обучение членов семьи инвалида (информирование и консультирование по различным вопросам).*

**Третье занятие.**

1. *Консультирование по вопросу подбора и приобретения технических средств реабилитации;*
2. *Восстановление, выравнивание возможностей инвалидов в социокультурном самоутверждении; формирование навыков социального взаимодействия.*
3. *Организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей пациентов.*
4. *Организация занятости элементарным трудом и любительскими занятиями.*
5. *Помощь в подборе вспомогательных технических средств реабилитации и обучение пользованию ими.*

**Четвертое занятие.**

1. *Социально-бытовая реабилитация. бытовая реадaptация:*
2. *Адаптация пациента к окружающей среде, к быту, к жизни.*
3. *Восстановление социального статуса инвалида.*
4. *Способствование достижению социально-бытовой независимости, развитию и использованию способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению.*
5. *Помощь в восстановлении утраченных функций организма и независимость трудовых занятий.*

### 3.6. МОДУЛЬ МУЗЫКАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (КАРАОКЕТЕРАПИЯ)

#### Первое занятие.

Тема: Дыхательная гимнастика Стрельниковой.

С помощью гимнастики пациент научиться направлять вдох в нижнюю часть легких, что впоследствии поможет быстро поставить голос «на опору».

Кроме того, эта техника имеет общеоздоравливающий эффект.

Регулярное ее выполнение, позволяет стать здоровее и активнее.

#### Второе занятие

Тема: Голосовые регистры. Расширение диапазона.

Какие бывают регистры у голоса.

Как ими пользоваться.

Как их найти.

Как правильно переключать регистры — чем значительно расширите свой диапазон.

Как доставать те ноты, которые раньше казались запредельными.

#### Третье занятие

Тема: Голосовое интонирование.

Как научиться петь «чисто» — всегда попадая в мелодию.

Техника процесса интонирования помогает в трудные моменты себя контролировать.

#### Четвертое занятие

Тема: Как работать с песней.

Как разучить песню и спеть ее правильно.

С чего следует начинать, когда выбираешь песню, когда разучиваешь мелодию, слова.

На что нужно обращать внимание, чтобы процесс шёл быстро и легко, а песня зазвучала безупречно.

#### Пятое занятие (дополнительно)

Тема: Снятие психологических зажимов .

Как самостоятельно контролировать свое расслабленное состояние.

Как снимать страх.

Как раскрепощаться и свободно самовыражаться.

Через глубокую психологическую проработку можно избавиться от самых закостенелых страхов и зажимов голоса, тела, мысли.

#### Анимационные мероприятия

Конкурс-караоке «Наполним музыкой сердца».

Конкурсно-игровая программа «Когда весело всем».



### 3.7. МОДУЛЬ МУЗЫКАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (МУЗЫКОТЕРАПИЯ)

#### Первое занятие

Активные методы музыкальной терапии основаны на активной работе с музыкальным материалом: инструментальная игра, пение.

1. Изучение звукоряда до-мажор и на клавиатуре фортепиано
2. Дыхательные упражнения на дыхание, подготовка к пению длинных звуков определённой высоты
3. На клавиатуре фортепиано исполнение разных интервалов в пределах октавы (моторика пальцев рук)
4. Понятие лада. Мажор, минор. Прослушивание музыкальных отрывков соответствующих ладов.
5. Прослушивание музыки релаксации. Гармонизация психологического состояния (М. Мусорогский "Рассвет на Москва реке", Ф.Мендельсон Тихоня №4 1 часть, Д.Ж. Россени Увертюра к оп. Сорока-воровка), Г.Малер симфония №5 (Адажио), Калининков симфония №1 первая часть.

#### Второе занятие

Активные методы музыкальной терапии основаны на активной работе с музыкальным материалом: инструментальная игра, пение

1. Понятие темпа ритма. Постукивание разных ритмов.
2. Дирижирование правой и левой рукой. (Развитие координаций)
3. Прослушивание музыки по данной теме Бизе-Щедрин " Кармен сюита"

#### Третье занятие

Интегративная музыкотерапия наряду с музыкой задействует возможности пластической драматизации под музыку

1. Знакомство с музыкальными инструментами симфонического оркестра Способы звукоизвлечения. И. С. Бах Сюита №2 Си-минор Шутка Badinerie
2. Группа духовых инструментов. П. Чайковский Симфония №5 2 часть Гл. Тема (Валторна) П. Чайковский Сюита из балета " Лебединое озеро "1 часть сцена ( Гобой ) , 7 часть "Неополетанская песенка" (Труба)
3. Струнные инструменты. Я .Сибелиус Концерт для скрипки с оркестром 2 часть (фрагмент) П. Чайковский "Рококо" (Виолончели)
4. Группа ударных инструментов

#### Четвёртое занятие

Рецептивная музыкотерапия (пассивная) пациент в процессе музыкотерапевтического сеанса не принимает в нём активного участия, занимая позицию простого слушателя.

1. Создание музыкально-поэтического ряда средствами симфонического оркестра Г. Свиридов Музыка повести Пушкина "Метель", Римский - Корсаков Симфоническая сюита " Шахеризада " (Вся)

### 3.8. МОДУЛЬ «ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»

**Программа "начинающий пользователь" - 20 часов.**

**1. Устройство компьютера - 1 час.**

Виды компьютеров.

Из чего состоит компьютер.

Какие функции выполняют разные клавиши.

Как управлять курсором.

Как выключать, включать и перезагружать компьютер.

**2. Работа с файлами и папками - 3 часа.**

Как создать, переименовать и удалить папку или файл.

Как копировать файлы и папки и менять их место на компьютере.

Как свернуть, развернуть и закрыть окно.

**3. Текстовый редактор Microsoft Office Word - 5 часов.**

Загрузка и настройка рабочего окна текстового редактора.

Открытие документа, создание и сохранение нового документа.

Редактирование текста.

Работа со шрифтами, выравнивание текста.

Вставка: рисунка, символа, рамок.

Создание таблицы, её оформление.

Оформление документов вставкой автофигур, объектов Word Art.

**4. Текстовый редактор Microsoft PowerPoint - 3 часа.**

Загрузка и настройка рабочего окна Microsoft PowerPoint.

Панель инструментов.

Создание слайдов.

Редактирование слайдов.

Набор текста, редактирование.

Анимация.

Создание презентации, показ слайдов.

**5. Работа со съемными носителями - 1 час.**

Запись информации с компьютера на съемные носители, со съемных носителей на компьютер.

Проверка съемных носителей на вирусы.

**6. Интернет и электронная почта - 3 часа.**

Выход в интернет.

Основные поисковые системы.

Поиск и просмотр информации, сохранение информации на компьютер.

Отработка навыков поиска в Internet.

Регистрация адреса электронной почты, вход в почтовый ящик, написание и отправка электронных писем, получение и прочтение.

**7. Программа «Skype» 3 часа.**

Загрузка программы.

Регистрация в программе.

Работа в программе: добавление абонента.

Телефонный звонок, видео звонок.

Отработка навыков работы в программе.

### **8. Портал государственных услуг 1 час.**

Беседа о портале государственных услуг [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru).

Изучение основ регистрации простой и стандартной учетной записи.

Изучение основ пользования порталом государственных услуг.

ИТОГО часов 20.

### **Тест по итогам обучения (программа "начинающий пользователь").**

1. Операционная система – это:
  - a) программа для управления компьютером.
  - b) название компьютера.
  - c) устройство для управления компьютером.
  - d) Микросхема.
2. Двойной щелчок мыши левой кнопкой используется для...
  - a) закрытия окна или папки.
  - b) открытия папки или файла.
  - c) выбора пункта в контекстном меню.
  - d) ни для чего.
3. Создать папку можно...
  - a) только на диске D.
  - b) только на рабочем столе и в уже созданных папках.
  - c) только в тех папках, в которых есть файлы.
  - d) где угодно.
4. Для перемещения файла в другое место нужно щелкнуть ... кнопкой по файлу и выбрать строку.
  - a) левой ... вырезать.
  - b) правой ... вырезать.
  - c) левой ... копировать.
  - d) правой ... копировать.
5. Ярлык – это...
  - a) файл, при помощи которого можно быстро создать нужную папку.
  - b) файл, при помощи которого можно быстро перейти в нужную папку.
  - c) текстовый документ, содержащий в себе путь к папке или файлу.
  - d) программа по работе с флешкой.
6. Что значит кнопка в правом верхнем углу любого окна - ?
  - a) развернуть окно во весь экран.
  - b) уменьшить размер окна.
  - c) свернуть окно.
  - d) развернуть окно.
7. Что нужно указать при сохранении файла?
  - a) режим сохранения и место, куда сохраняем файл.
  - b) место, куда сохраняем файл и время.
  - c) место, куда сохраняем файл и его имя.
  - d) имя файла и режим сохранения.
8. Что значит кнопка в правом верхнем углу любого окна - ?
  - a) развернуть окно во весь экран.
  - b) уменьшить размер окна.
  - c) свернуть окно.
  - d) закрыть окно.

9. Какие операции можно делать на флэшке?

- a) создание папок, создание текстовых файлов.
- b) только создание папок.
- c) только создание файлов.
- d) любые операции, но только с существующими файлами и папками.

10. Для чего невозможно использовать папки?

- a) для хранения файлов.
- b) для хранения папок.
- c) для хранения фото.
- d) для хранения текста.

11. Какой щелчок мыши надо использовать, чтобы применить команду «копировать» из контекстного меню?

- a) навести и подождать, щелкать не надо.
- b) один щелчок левой кнопкой мыши.
- c) двойной щелчок правой кнопкой мыши.
- d) двойной щелчок левой кнопкой мыши.

12. MS Word – это...

- a) текстовый редактор.
- b) база данных.
- c) бухгалтерская программа.
- d) фото редактор.

13. Google Chrome – это...

- a) поисковая система.
- b) Браузер.
- c) программа для просмотра видео.
- d) текстовый редактор.

14. Сколько браузеров можно установить на компьютер?

- a) Один.
- b) Три.
- c) Не ограничено.
- d) Пять.

15. Skype – это...

- a) Браузер.
- b) Поисковая система.
- c) Программа для интернет-звонков.
- d) Электронная почта.

### 3.9. МОДУЛЬ «ПРИКЛАДНОЕ ТВОРЧЕСТВО КАК СРЕДСТВО ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ»

#### Первое занятие «Вышивка крестом»

**Цель занятия:** научить выполнению вышивки крестом по канве.

**Задачи занятия:** Познакомить участников с вышивкой крестом, её особенностями; совершенствовать умения и навыки при вышивке крестом;

Развить навыки работы в коллективе. Развитие таких качеств как познавательный процесс, логическое мышление, аккуратность, усидчивость, внимательность, взаимопонимание, самостоятельности, умение делать выводы.

План занятия:

1. Организационный момент.
2. Демонстрация приемов выполнения швов.
3. Выполнение учащимися практической работы.
4. Целевые обходы рабочих мест участников по выявлению:
  - а) Соблюдения правил по технике безопасности;
  - б) Правильности выполнения приемов вышивания;
  - с) Самостоятельности выполнения работ;
5. Сбор материала для заключительной части занятия;
6. Общие выводы по занятию;

#### Второе занятие «Лепка из соленого теста»

**Тема:** Лепка из солёного теста «Изготовление декоративного панно»

**Цель:** Развитие мелкой моторики, логического мышления, эстетического вкуса, умения лепить из соленого теста, художественного вкуса. Приобщение участников к декоративно-прикладному искусству, закрепление навыков лепки.

План занятия:

1. Рассказ педагога о соленом тесте, рецептах его изготовления, принципах работы с материалом.
2. Обучать участников сочетать частичное прямое подражание с самостоятельными действиями, выражающимися в придумывании и изготовлении декора для «колокольчика».
3. Обучать поэтапному выполнению работы;
4. Развивать у участников воображение;
5. Формировать у участников интерес к процессу и результату лепки;
6. Физминутка для кистей рук.
7. Выполнение работы участниками.
8. Оценка готовых изделий.

#### Третье занятие «Вязание крючком»

**Цели:** ознакомиться с основными видами петель, научить вязать салфетки.

**Задачи:**

1. Воспитательная:
  - настойчивости в преодолении трудностей, достижение поставленных задач;
  - формирование потребности в самообразовании и дальнейшем развитии умений и навыков в области вязании.

2. Развивающая:

- развитие мелкой моторики;
- способствовать формированию и развитию самостоятельности.

3. Обучающая:

- ознакомить с техникой выполнения различного вида петель;
- научить вязать основные виды петель: начальная петля, воздушная петля, столбик без накида, полустолбик и столбик с накидом, столбик с двумя и тремя накидами.

### Инструкционная карта

№	Выполняемая операция	Материал	Инструменты и принадлежности
1	Связать цепочку из 10 в.п. и замкнуть в круг соединит. ст.	х/б нитки	Крючок №1,5
2	3 в.п. подъема + 2 в.п., *1 ст.с/н в получившееся кольцо, 2 в.п., от*до*повторять 12 раз. Ряд закончить соединит. ст.	х/б нитки	Крючок
3	1 в.п. подъема + 10 в.п., 1 ст.б/н в следующий ст.с/н предыдущего ряда от крючка, 5 в.п., *1 ст.с/н в следующий ст.с/н предыдущего ряда, 10 в.п., 1 ст.б/н в следующий ст.с/н предыдущего ряда, 5 в.п.*, повторить 10 раз. Закончить соединит. ст.	х/б нитки	Крючок
4	Далее вязать по схеме	х/б нитки	Крючок
5	Готовую салфетку отпарить	Салфетка	Утюг

### Четвертое занятие «Оригами»

**Тема занятия:** Изготовление кусудами «Колокольчик» в технике «Модульное оригами»

**Техника:** модульное оригами

**Цель:** научить изготавливать кусудами «Колокольчик» в технике «Модульное оригами».

Задачи:

1. Получить знания об искусстве «Кусудами» и свойствах бумаги: пластичностью, упругостью, прочностью. Продолжать закреплять практические навыки сгибания бумаги.

2. способствовать развитию мышления, внимания, практических умений и навыков работы, расширять кругозор, пассивно-активный словарь; развивать моторику пальцев, наглядно-логическое мышление, фантазию;

**Оборудование:**

1. Наглядные пособия ( схема сборки, иллюстрации изделий)
2. Ножницы, клей, бумага, аудиозапись, изделия.

**План занятия:**

- 1) Орг. момент
- 2) Вводная беседа
- 3) Сообщение темы урока
- 4) Практическая работа участников:
  - а) разминка для рук, глаз
  - б) вводный инструктаж
- 5) Итог

### 3.10. МОДУЛЬ «ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА»

#### Первое занятие

**Тема:** Об обращениях граждан.

Право граждан на обращение.

Виды обращений граждан.

Письменная форма обращений граждан.

Устная форма обращений граждан.

Компетенция органов государственной власти и органов местного самоуправления Самарской области.

Обязанности органов государственной власти, органов местного самоуправления Самарской области, их должностных лиц по рассмотрению обращений граждан.

Права органов государственной власти и органов местного самоуправления Самарской области, их должностных лиц по рассмотрению обращений граждан.

Личный прием граждан.

Сроки рассмотрения обращений граждан.

Оставление обращения без рассмотрения.

Обжалование решения, принятого по обращению.

#### Второе занятие

**Тема:** Об обжаловании действий, нарушающих права и свободы граждан.

Становление института судебной контролы за решениями и действиями органов государственной власти и их должностных лиц.

Общая характеристика обжалования в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан.

Разрешение судами избирательных споров.

Некоторые вопросы обжалования в судах постановлений по делам об административных правонарушениях.

Некоторые вопросы, связанные с оспариванием решений и действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, служащих.

#### Третье занятие

**Тема:** Защита прав граждан при оформлении инвалидности.

Документы, необходимые для оформления инвалидности (прохождения медико-социальной экспертизы).

Место проведения медико-социальной экспертизы.

Состав специалистов медико-социальной экспертизы.

Сроки проведения медико-социальной экспертизы.

Решение медико-социальной экспертизы.

Учреждения, предоставляющие медико-социальную экспертизу.

Порядок обжалования результатов решения медико-социальной экспертизы.

Кто контролирует работу медико-социальной экспертизы?

#### Четвертое занятие

**Тема:** Обеспечение инвалидов средствами реабилитации.

Оформление или изменение ИПР.

Вопросы предоставления компенсаций и льгот, использование ТСР.

Образцы написания заявления, искового заявления, жалобы.

### **3.11. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ «ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)»**

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 310 «Об утверждении Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации»;

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»;

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2008 № 379н «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации»;

5. Приказ Минздравсоцразвития России от 11.04.2011 № 295н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы»;

6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.10.2012 № 310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

#### **Структура и содержание индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)**

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПР) - разработанный на основе решения уполномоченного органа 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 (ст. 11 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Иными словами в ИПР должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни.

ИПР содержит реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду:

- с освобождением от оплаты (согласно федеральному перечню реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р);

- в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (п.1 Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2008 № 379н (далее – Порядок разработки и реализации ИПР)).



Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18.07.2001 № 56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания» утверждена форма ПРП, которая включает следующие разделы:

1. Медицинская реабилитация;
2. Социальная реабилитация;
3. Профессиональная реабилитация.

**Медицинская реабилитация** инвалидов осуществляется с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функций человека до социально значимого уровня. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи.

#### **Медицинская реабилитация включает в себя:**

1. Восстановительную терапию:
  - механотерапия;
  - физиотерапия;
  - кинезотерапия;
  - массаж;
  - иглорефлексотерапия;
  - грязе- и бальнеотерапия;
  - традиционная терапия;
  - трудотерапия;
  - предоставление логопедической помощи и др.
2. Реконструктивную хирургию:
  - методика косметологии;
  - органо-защита и органовосстанавливающая хирургия.
3. Протезно-ортопедическую помощь, включающую предоставление протезов, ортопедических и других вспомогательных средств, в том числе необходимую подгонку, ремонт и замену, а также обучение обращению с ними.
4. Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации:
  - мочеприёмники;
  - калоприёмники;
  - слуховые аппараты;
  - предоставление информационных услуг по вопросам медицинской реабилитации.
5. Санаторно-курортное лечение.
6. Лекарственное обеспечение.
7. Медико-социальный патронаж семьи, имеющей инвалида, куда вносится запись «нуждается» или «не нуждается» согласно заключению бюро МСЭ. Патронаж заключается в регулярном посещении жилища семьи, имеющей инвалида, социальными работниками, оказании ими необходимой экономической, материально-бытовой помощи, а также совершении элементарных медицинских манипуляций, например, измерение давления, массаж и т.д.

## Социальная реабилитация включает:

1. Информирование и консультирование по вопросам реабилитации.
2. Оказание юридической помощи.
3. Социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалидов.
4. Адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности:
  - при выполнении процедур личной гигиены;
  - приспособления в одежде и обуви для самостоятельного облачения;
  - при приготовлении и употреблении пищи;
  - при уборке помещения, мойке посуды, стирке белья;
  - навыки самообслуживания;
  - навыки передвижения;
  - навыки ориентации в среде обитания;
  - навыки личной безопасности;
  - навыки общения, в том числе с помощью технических средств;
  - умение самостоятельно проводить меры по предупреждению развития своей болезни, грамотно применять личные медицинские технические средства самоконтроля, восстановление функций;
    - помощь в создании семьи, обучение семейным и супружеским отношениям;
    - обучение приготовлению пищи (в т. ч. индивидуальной диете);
    - обеспечение информацией по жизненно важным вопросам.
5. Потребность в технических средствах реабилитации:
  - личные средства для передвижения (трости, костыли, коляски, автотранспорт и т. д.);
  - технические средства и приспособления для самообслуживания;
  - технические средства и приспособления для приготовления пищи;
  - технические средства для обучения и трудовых занятий (специальная мебель, манипуляторы, приборы, оборудование).
6. Психологическая реабилитация, направленная на воспитание уверенности в своих силах, целеустремленности, совершенствование положительных качеств, жизненного оптимизма, а также психотерапевтическая помощь, направленная на коррекцию отношений субъекта с окружением.
7. Социокультурная реабилитация:
  - посещение друзей, родственников, знакомых, зрелищных учреждений и мест отдыха, учреждений культуры;
  - обеспечение специальными устройствами для досуговых занятий (устройства для чтения, игровые компьютеры, специальные развивающие игры и пр.).
8. Реабилитация средствами физической культуры и спорта:
  - занятие доступными видами спорта;
  - оказание содействия во взаимодействии со спортивными организациями.

**Профессиональная реабилитация инвалида** - это процесс и система восстановления конкурентоспособности инвалида на рынке труда.

**Программа профессиональной реабилитации включает в себя следующие мероприятия и услуги:**

1. профессиональную ориентацию;
2. рекомендации о доступных и противопоказанных условиях и видах труда;
3. профессиональное обучение (переобучение);
4. содействие в трудоустройстве;
5. технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда.

**Психолого-педагогическая реабилитация** (данный раздел заполняется на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), в который должны войти рекомендации по дошкольному, основному, полному общему и профессиональному образованию, по коррекционной работе.

**Данный раздел включает в себя следующие мероприятия и услуги:**

1. Получение дошкольного воспитания и обучения. Вносится запись о конкретном типе (виде) дошкольного образовательного учреждения.
2. Получение общего образования. Указывается уровень (начальное, среднее), тип образовательного учреждения (обычное, общеобразовательное, специальная группа обычного общеобразовательного учреждения, специальное (коррекционное) общеобразовательное) и формы обучения.
3. Психолого-педагогическая коррекционная работа. Вносится запись о видах психолого-педагогической коррекции (коррекция речевых недостатков, эмоционально-волевых нарушений и др.).
4. Технические средства реабилитации для обучения. Указывается перечень технических средств реабилитации.
5. Социально-педагогический патронаж семьи, имеющей ребенка-инвалида.

**Порядок разработки и сроки реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида)**

**Порядок разработки ИПР:**

ИПР разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы:

- Федеральным бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (далее – Федеральное бюро);
- Главными бюро медико-социальной экспертизы в соответствующем субъекте Российской Федерации (далее – Главные бюро);
- Бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (филиалами Главных бюро) (далее - Бюро) (п.1 Порядка разработки и реализации ИПР).

Разработка ИПР состоит из следующих этапов:

- проведение реабилитационно-экспертной диагностики;
- оценка реабилитационного потенциала;
- определение реабилитационного прогноза;
- определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, круга интересов, уровня притязаний, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры (п. 6 Порядка разработки и реализации ИПР).

Разработка ИПР осуществляется с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу.

В случае необходимости при разработке ИПР могут участвовать:

- специалисты учреждений здравоохранения;
- специалисты государственных внебюджетных фондов;
- специалисты государственной службы занятости населения;
- работодатели;
- педагоги;
- иные специалисты (п.7 Порядка разработки и реализации ИПР).

Если для разработки или коррекции ИПР требуется применение сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, то гражданин может быть направлен в вышестоящее учреждение медико-социальной экспертизы (Главное бюро, Федеральное бюро) (п.8 Порядка разработки и реализации ИПР).

Сформированная ИПР подписывается руководителем соответствующего Бюро (Главного бюро, Федерального бюро) и инвалидом либо его законным представителем, заверяется печатью и выдается на руки вышеуказанным лицам (п. 10 Порядка разработки и реализации ИПР).

В случае несогласия с решением Бюро о рекомендуемых реабилитационных мероприятиях инвалид (его законный представитель) может обжаловать данное решение в порядке, предусмотренном Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

#### **Срок, на который разрабатывается ИПР:**

ИПР инвалида может быть разработана:

- на 1 год;
- на 2 года;
- бессрочно.

ИПР ребенка-инвалида может быть разработана:

- на 1 год;
- на 2 года;

- до достижения ребенком возраста 18 лет (п. 9 Порядка разработки и реализации ИПР).

#### **Сроки реализации ИПР:**

Каждый из разделов ИПР должен содержать сведения об исполнителе реабилитационного мероприятия, сроке, в течении которого должно осуществляться рекомендованное мероприятие, а также отметки о выполнении данных мероприятий.

По окончании срока выполнения индивидуальной программы реабилитации делается письменное заключение с оценкой.

## **Основы экспертно-реабилитационной диагностики проводимой при разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида)**

**Экспертно-реабилитационная диагностика** - совокупность диагностических процедур, приемов и методов изучения биомедицинского, личностного, социального статуса и условий жизнедеятельности больных и инвалидов для получения объективных данных для принятия экспертного решения о потребностях инвалидов в мерах реабилитации.

Экспертно-реабилитационная диагностика включает в себя клинико-функциональную, психологическую, социальную, профессиональную, педагогическую (в случае освидетельствования детей) диагностику и предполагает последовательную экспертную оценку:

- последствий болезни («патологического потенциала») на биологическом (нарушения в анатомофункциональном состоянии организма), индивидуально-личностном (ограничения жизнедеятельности индивида) и социальном уровне (социальная недостаточность);

- реабилитационного потенциала;
- реабилитационного прогноза.

При проведении экспертно-реабилитационной диагностики специалисты учреждений медико-социальной экспертизы используют следующие методы:

- опрос;
- наблюдение;
- тестирование (метод тестовых испытаний);
- экспертный (метод экспертных оценок).

По результатам комплексного исследования, наряду с оценкой последствий болезни (нарушения функций, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности), определяются реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз.

### **Алгоритм действий гражданина при обращении в учреждение медико-социальной экспертизы для разработки ИПР и после ее получения**

ИПР разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы (п.1 Порядка разработки и реализации ИПР).

Соответственно для разработки ИПР гражданину необходимо обратиться в федеральное учреждение медико-социальной экспертизы (в Бюро по месту своего жительства).

**1. Подача заявления в Бюро** с приложением направления на медико-социальную экспертизу, выданного уполномоченными органами (организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения) (п. 51 Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 11.04.2011 № 295н (далее – Административный регламент)).

## **2. Ожидание принятия специалистами Бюро одного из следующих решений:**

- об установлении инвалидности;
- об отказе в установлении инвалидности (п. 55 Административного регламента).

## **3. Разработка ИПР:**

Специалисты Бюро (Главного бюро, Федерального бюро), проводившие медико-социальную экспертизу гражданина, признанного инвалидом (ребёнком-инвалидом), разрабатывают индивидуальную программу реабилитации инвалида, а гражданину в возрасте до 18 лет - индивидуальную программу реабилитации ребенка-инвалида (п.59 Административного регламента).

**4. Получение справки об установлении инвалидности и индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида)** (в случае принятия решения о признании гражданина инвалидом (ребёнком-инвалидом)) (п.62 Административного регламента).

**5. Обжалование решения Бюро, Главного бюро, Федерального Бюро** (в случае несогласия с решением о рекомендуемых реабилитационных мероприятиях, указанных в ИПР).

**6. Предоставление копии ИПР в уполномоченные органы и организации в целях реализации мероприятий указанных в ней:**

### **Например:**

- в территориальный орган Фонда социального страхования или орган социальной защиты населения по месту жительства в целях обеспечения необходимыми техническими средствами реабилитации согласно ИПР (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240);

- в территориальный орган Фонда социального страхования или орган социальной защиты населения по месту жительства для получения путевки на санаторно-курортное лечение и бесплатного проезда к месту лечения и обратно (п. 13, 15 Административного регламента предоставления фондом социального страхования Российской Федерации гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, государственной услуги по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.03. 2012 № 271н);

- в амбулаторно-поликлиническое учреждение по своему месту жительства для обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (п.6 приказа Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»).

### 3.12. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ «ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ»

#### Нормативно-правовая основа обучения детей-инвалидов

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 18.07.1996 № 861 «Об утверждении Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях»;
3. Федеральный закон от 22.08.1996 № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»;
4. Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»;
5. Закон Российской Федерации от 10.07.1992 № 3266-1 «Об образовании»;
6. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

#### Гарантии детям-инвалидам в области воспитания и обучения

##### 1. Обеспечение воспитания детей-инвалидов и получение ими образования:

Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают:

- дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов;
- получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (ст. 18 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

При этом общее образование инвалидов осуществляется с освобождением от оплаты как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях (ст. 19 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

##### 2. Учебно-методическое обеспечение при получении образования:

- При получении образования инвалидам **бесплатно** предоставляются:
- специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература;
  - услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков (ст. 19 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

#### Разработка индивидуальных образовательных маршрутов для детей-инвалидов с учетом индивидуальной программы реабилитации

Индивидуальные образовательные маршруты разрабатываются образовательными учреждениями, которые непосредственно участвуют в воспитании и обучении ребёнка-инвалида с учетом мероприятий по психолого-педагогической и коррекционной работе, указанных в индивидуальной программе реабилитации, разрабатываемой учреждениями медико-социальной экспертизы при установлении инвалидности. При этом следует учитывать, что по мере

взросления ребёнка-инвалида содержание индивидуальной программы реабилитации изменяется: конкретизируются мероприятия по дошкольному воспитанию, общему и профессиональному образованию, педагогической коррекции и пр.

Индивидуальный образовательный маршрут ребёнка-инвалида - система конкретных совместных действий педагогов (учителей, преподавателей) образовательного учреждения и родителей ребёнка-инвалида в процессе его включения в образовательный процесс.

Развитие и обучение ребёнка-инвалида может осуществляться по нескольким образовательным маршрутам, которые реализуются одновременно или последовательно. Отсюда вытекает основная задача педагога - предложить учащемуся спектр возможностей и помочь ему сделать выбор. Выбор того или иного **индивидуального образовательного маршрута** определяется комплексом факторов:

1. Особенности, интересами и потребностями самого ученика и его родителей в достижении необходимого образовательного результата;
2. Профессионализмом педагогического коллектива;
3. Возможностями школы удовлетворить образовательные потребности учащихся;
4. Возможностями материально-технической базы образовательного учреждения.

#### **Основные этапы разработки индивидуального образовательного маршрута:**

1. Определить уровень развития ребенка (в т.ч. его качества и способности);
2. Очертить долгосрочные и краткосрочные цели и пути к их достижению;
3. Определить время, которое должен затратить ребенок на освоение стандартной и специальной программы;
4. Скорректировать маршрут в процессе обучения (при необходимости);
5. Предусмотреть участие родителей;
6. Определить способы оценки успехов воспитанника.

#### **Порядок обучения ребенка-инвалида на дому**

Для детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья временно или постоянно не могут посещать общеобразовательные учреждения, органы управления образованием и образовательные учреждения, реализующие общеобразовательные программы, с согласия родителей (законных представителей) обеспечивают **обучение этих детей на дому** (п.1 постановление Правительства Российской Федерации от 18.07.1996 № 861 «Об утверждении Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях» (далее – Порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях)).

Основанием для организации обучения на дому ребёнка-инвалида является заключение лечебно-профилактического учреждения (п.2 Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях).

Обучение на дому детей-инвалидов осуществляет образовательное учреждение, реализующее общеобразовательные программы, как правило, ближайшее к их месту жительства, которое предоставляет детям-инвалидам на время обучения бесплатно учебники, учебную, справочную и другую литературу,



имеющиеся в библиотеке образовательного учреждения; обеспечивает специалистами из числа педагогических работников, оказывает методическую и консультативную помощь, необходимую для освоения общеобразовательных программ; осуществляет промежуточную и итоговую аттестацию; выдает прошедшим итоговую аттестацию документ государственного образца о соответствующем образовании (п.3, 5 Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях).

При этом следует особо отметить, что зачисление ребенка-инвалида в образовательное учреждение осуществляется в порядке, установленном ст. 67 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (п.4 Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях).

Родители (законные представители) при обучении ребенка-инвалида на дому имеют **право** дополнительно приглашать педагогических работников из других образовательных учреждений. При этом такие педагогические работники по договоренности с образовательным учреждением, где обучается ребенок-инвалид, могут участвовать в проведении промежуточной и итоговой аттестации ребенка-инвалида (п.6 Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях).

### **Возмещение затрат родителей на воспитание и обучение детей-инвалидов на дому.**

Родители (законные представители) также вправе обучать и воспитывать детей-инвалидов на дому **самостоятельно**, без участия образовательного учреждения. При этом указанные лица получают **компенсацию** в размерах, определяемых государственными и местными нормативами финансирования затрат на обучение и воспитание в государственном или муниципальном образовательном учреждении соответствующего типа и вида.

Так, например, согласно п. 1 Закона Калининградской области «О нормативе бюджетного финансирования на предоставление услуги по воспитанию и обучению детей-инвалидов в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях» от 12.05.2012 № 112 размер норматива бюджетного финансирования на предоставление услуги по воспитанию и обучению детей-инвалидов в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях составляет 5 337 рублей на одного воспитанника в месяц.

Следует обратить внимание, что дополнительные расходы, связанные с осуществлением обучения и воспитания ребенка-инвалида на дому, сверх установленного норматива финансирования, указанного в предыдущем абзаце, государством не возмещаются (п.8, 9 Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях).

### **Условия обучения и воспитания ребенка-инвалида в негосударственном образовательном учреждении.**

Обучение и воспитание ребенка-инвалида в негосударственном образовательном учреждении, имеющем государственную аккредитацию и реализующем общеобразовательные программы, может осуществляться **только при наличии** в нем специальных образовательных условий для обучения и воспитания, включая:

- специальные образовательные программы, разработанные с учетом индивидуальной программы реабилитации инвалидов;

- коррекционные методы;
- технические средства;
- среду жизнедеятельности;
- специально подготовленных педагогов;
- медицинское обслуживание;
- социальные условия;
- иные условия, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных программ детьми-инвалидами (п.7 Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях).

### 3.13. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ «ЛЬГОТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ИНВАЛИДАМ»

#### Льготы, положенные детям-инвалидам, на федеральном уровне и алгоритм действий для их получения

**1. Бесплатное обеспечение необходимыми техническими средствами реабилитации, указанными в индивидуальной программе реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида) (ч. 1 ст. 10 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).**

Для получения льготы лицу, представляющему интересы ребёнка – инвалида необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации или орган социальной защиты населения по месту жительства ребёнка-инвалида с предоставлением следующих документов:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность лица, представляющего интересы ребёнка - инвалида;
- документ, подтверждающий полномочия представителя ребёнка - инвалида;
- индивидуальная программа реабилитации ребёнка - инвалида;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования инвалида (по желанию) (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240).

**2. Предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение и бесплатного проезда к месту лечения и обратно (п. 1.1. и 2 ч.1 ст. 6.2. Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»).**

Для получения указанной льготы необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования или орган социальной защиты населения по месту жительства с предоставлением следующих документов:

- заявление о предоставлении путевки на санаторно-курортное лечение;
- документ, удостоверяющий личность ребёнка-инвалида или его законного представителя;
- документ, подтверждающий полномочия представителя ребёнка-инвалида;
- справка для получения путевки по форме № 070/у-04, выданная заявителю лечащим врачом в лечебно-профилактическом учреждении, с рекомендацией санаторно-курортного лечения (п. 13, 15 Административного регламента предоставления фондом социального страхования Российской Федерации гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, государственной услуги по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 27.03.2012 № 271н (далее – Административный регламент предоставления путевок на санаторно-курортное лечение)).

Для получения бесплатного проезда (в случае если путевка и/или направление на лечение по медицинским показаниям выдана органом социальной защиты по месту жительства) ребёнку-инвалиду или его законному представителю необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования с предоставлением следующих документов:

- направление к месту лечения для получения медицинской помощи и/или талон на проезд к месту лечения для получения медицинской помощи (п. 14 Административного регламента предоставления путевок на санаторно-курортное лечение).

Также следует особо отметить, что дети-инвалиды имеют право на получение второй путёвки и на бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица (ч.1 ст. 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»).

**3. Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания** (п. 1 ст. 6.2. Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»).

Для обеспечения необходимыми лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания ребёнку-инвалиду или его законному представителю необходимо обратиться в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства. При этом о наличии у данного гражданина права на предоставление ему государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и иных льгот делается отметка на титульном листе его медицинской карточки (п.6 приказа Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»).

#### **4. Обеспечение жилой площадью**

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 (ст. 17 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; п. 11 Правил предоставления льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901).

## 5. Льготы в сфере налогообложения

1. Освобождаются от налогообложения следующие виды доходов физических лиц:

- призы в денежной и (или) натуральной формах, полученные спортсменами-инвалидами от официальных организаторов или на основании решений органов государственной власти и органов местного самоуправления за призовые места на:

- Олимпийских, Паралимпийских и Сурдлимпийских играх;  
- Всемирных шахматных олимпиадах;  
- чемпионатах и кубках мира и Европы (п.20 ст. 217 Налогового кодекса Российской Федерации).

- доходы, не превышающие 4000 рублей, полученные за календарный год в качестве материальной помощи, оказываемой детям - инвалидам общественными организациями инвалидов (п. 28 ст. 217 Налогового кодекса Российской Федерации).

2. Инвалиды с детства имеют право на:

- стандартный **налоговый вычет** в размере **6 000 рублей** в календарный год (п.2 ч.1 ст. 218 Налогового кодекса Российской Федерации);

- освобождение от уплаты налога на имущество физических лиц (ст.4 Закона Российской Федерации от 09.12.1991 № 2003-1 «О налогах на имущество физических лиц»).

3. Инвалиды I и II групп имеют право на:

- стандартный **налоговый вычет** в размере **6 000 рублей** в календарный год (п.2 ч.1 ст. 218 Налогового кодекса Российской Федерации);

- освобождение от уплаты государственной пошлины при обращении в суды общей юрисдикции, арбитражные суды, мировые суды, за подачу имущественных исков на сумму ущерба менее 1 миллиона рублей (п.2 ч.2 ст.333.36, п.2 ч.2 ст. 333.37 Налогового кодекса Российской Федерации);

- льготу в размере 50 % на все нотариальные услуги (п.2 ст. 333.38 Налогового кодекса Российской Федерации);

- освобождение от уплаты налога на имущество физических лиц (ст.4 Закона Российской Федерации от 09.12.1991 № 2003-1 «О налогах на имущество физических лиц»).

## Льготы, положенные семьям, воспитывающим детей-инвалидов, на федеральном уровне и алгоритм действий для их получения

**1. Первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства** (ч. 14 ст. 17 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Для получения вышеуказанного права необходимо обратиться:

- в соответствующий территориальный орган Федерального агентства по управлению государственным имуществом;

- в орган местного самоуправления (администрация города, района, округа, сельского поселения) (ст. 29, ч. 3 ст. 30.1, Земельного кодекса Российской Федерации).

Прилагаемые документы:

- заявление;

- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности ребенку-инвалиду, выданной учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы (ч.17 постановления Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901 «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг»).

**2. Обеспечение жилой площадью** (ч. 1 ст. 17 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

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.

Для постановки на учет в качестве семьи, нуждающейся в улучшении жилищных условий, необходимо подать заявление с приложением следующих документов:

- выписки из домовой книги;

- копии финансового лицевого счета;

- копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и копия индивидуальной программы реабилитации инвалида;

- других документов с учетом конкретных обстоятельств (справки бюро технической инвентаризации, учреждений здравоохранения и т.п.) (п. 4 Правил предоставления льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901).

Указанное заявление подается:

- по месту жительства семьи, имеющей ребенка-инвалида (в специально уполномоченный орган местного самоуправления);

- по месту работы на предприятиях, в учреждениях и других организациях, имеющих жилищный фонд.

При этом семьи, имеющие детей - инвалидов, могут состоять на учете для улучшения жилищных условий одновременно и по месту работы и по месту жительства (п. 3 и 4 Правил предоставления льгот инвалидам и семьям, имеющим

детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901).

### **3. Предоставление скидки в размере не менее 50 процентов:**

- на оплату жилого помещения государственного или муниципального жилищного фонда (жилые помещения, занимаемые на основании договоров социального найма);

- на оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда);

- на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению (в жилых домах, не имеющих центрального отопления) (ч. 13 ст.17 Федерального закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации).

Для получения указанных льгот необходимо обратиться в организации, осуществляющие сбор платежей за оплату жилья, коммунальных услуг и приобретаемое топливо (жилищные ремонтно-эксплуатационные предприятия, коммунальные предприятия и т.п.).

Основанием для предоставления льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и приобретаемого топлива является справка, подтверждающая факт установления инвалидности ребенку, выданная учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы (ч. 15 постановления Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901 «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг»).

### **4. Льготы в сфере налогообложения**

Родители (приёмные родители), усыновители, опекуны, попечители, на обеспечении которых находится ребёнок-инвалид в возрасте до 18 лет, имеют право на налоговый вычет в размере **3 000 рублей** за каждый месяц календарного года.

В случае если указанные лица воспитывают ребёнка-инвалида в одиночку, то налоговый вычет предоставляется в двойном размере (**6 000 рублей** за каждый месяц календарного года) (п. 4 ч.1 ст. 218 Налогового кодекса Российской Федерации).

**Льготы, положенные инвалидам старше 18 лет на федеральном уровне (со ссылками на нормативные правовые акты) и алгоритм действий инвалида для их получения**

**1. Бесплатное обеспечение необходимыми техническими средствами реабилитации, указанными в индивидуальной программе реабилитации инвалида** (ч. 1, ст. 10 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Для получения льготы инвалиду необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации или орган социальной защиты населения по месту своего жительства с предоставлением следующих документов:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность инвалида или лица, представляющего его интересы;
- документ, подтверждающий полномочия представителя инвалида;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования инвалида (по желанию инвалида) (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240).

**2. Возмещение расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников.**

Ежегодная денежная компенсация инвалидам расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников установлена в размере **17 420 рублей** (ст. 11.1. Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

**3. Предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение и бесплатного проезда к месту лечения и обратно** (п. 1.1., 2 ч.1 ст. 6.2. Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»).

Для получения льготы инвалиду необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования или орган социальной защиты населения по месту жительства с предоставлением следующих документов:

- заявление о предоставлении путевки на санаторно-курортное лечение;
- документ, удостоверяющий личность инвалида или его законного представителя;
- документ, подтверждающий полномочия представителя инвалида;
- справка для получения путевки по форме № 070/у-04, выданная заявителю лечащим врачом в лечебно-профилактическом учреждении, с рекомендацией санаторно-курортного лечения (п. 13, 15 Административного регламента предоставления фондом социального страхования Российской Федерации гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, государственной услуги по предоставлению при



наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний, и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.03.2012 № 271н (далее – Административный регламент предоставления путевок на санаторно-курортное лечение)).

Для получения бесплатного проезда (в случае если путевка и/или направление на лечение по медицинским показаниям выдана органом социальной защиты по месту жительства) инвалиду необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования с предоставлением следующих документов:

- направление к месту лечения для получения медицинской помощи и/или талон на проезд к месту лечения для получения медицинской помощи (п. 14 Административного регламента предоставления путевок на санаторно-курортное лечение).

Также следует особо отметить, что инвалиды I группы имеют право на получение второй путёвки и на бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица (ч.1 ст. 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»).

#### **4. Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами** (п. 1 ст. 6.2. Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»).

Для обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, инвалиду или его законному представителю необходимо обратиться в амбулаторно-поликлиническое учреждение по своему месту жительства. О наличии у данного гражданина права на предоставление ему государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и иных льгот делается отметка на титульном листе его медицинской карточки (п.6 приказа Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»).

#### **5. Предоставление скидки в размере не менее 50 процентов:**

- на оплату жилого помещения государственного или муниципального жилищного фонда (жилые помещения, занимаемые на основании договоров социального найма);

- на оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда);

- на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению (в жилых домах, не имеющих центрального отопления) (ч. 13 ст.17 Федерального закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации).

Для получения указанных льгот инвалиду необходимо обратиться в организации, осуществляющие сбор платежей за оплату жилья, коммунальных услуг и приобретаемое топливо (жилищные ремонтно-эксплуатационные предприятия, коммунальные предприятия и т.п.). Основанием для предоставления льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и приобретаемого топлива является справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы (ч. 15 постановления Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901 «О

предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг»).

#### **6. Обеспечение жилой площадью** (ч. 1 ст. 17 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

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

Для постановки на учет в качестве нуждающегося в улучшении жилищных условий инвалид подает заявление, к которому прилагает:

- выписку из домовой книги;
- копию финансового лицевого счета;
- копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и копия индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- другие документы с учетом конкретных обстоятельств (справки бюро технической инвентаризации, учреждений здравоохранения и т.п.) (п. 4 Правил предоставления льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901).

Указанное заявление подается в орган местного самоуправления по месту жительства инвалида.

#### **7. Первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства** (ч. 14 ст. 17 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Для получения вышеуказанного права инвалиду необходимо обратиться:

- в соответствующий территориальный орган Федерального агентства по управлению государственным имуществом;
- в орган местного самоуправления (администрация города, района, округа, сельского поселения) (ст. 29, ч. 3 ст. 30.1, Земельного кодекса Российской Федерации).

Прилагаемые документы:

- заявление;
- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы (ч.17 постановления Правительства Российской Федерации от 27.07.1996 № 901 «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг»).

#### **8. Льготы в сфере труда**

- создание необходимых условий труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (ч.1 ст. 23 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»);

- сокращенная продолжительность рабочего времени для работников-инвалидов I или II группы – не более 35 часов в неделю (ст. 92 Трудового кодекса Российской Федерации);

- привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья (ч.4 ст. 23 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»)

- ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью не менее 30 календарных дней и отпуск без сохранения заработной платы до 60 календарных дней в году (ст. 23 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и ст. 128 Трудового кодекса Российской Федерации).

## 9. Льготы в сфере налогообложения

1. Освобождаются от налогообложения следующие виды доходов физических лиц:

- призы в денежной и (или) натуральной формах, полученные спортсменами-инвалидами от официальных организаторов или на основании решений органов государственной власти и органов местного самоуправления за призовые места на:

- Олимпийских, Паралимпийских и Сурдлимпийских играх;  
- Всемирных шахматных олимпиадах;  
- чемпионатах и кубках мира и Европы (п.20 ст. 217 Налогового кодекса Российской Федерации).

- доходы, не превышающие 4 000 рублей, полученные по каждому из следующих оснований за календарный год:

- суммы материальной помощи, оказываемой работодателями бывшим своим работникам, уволившимся в связи с выходом на пенсию по инвалидности;  
- суммы материальной помощи, оказываемой инвалидам общественными организациями инвалидов (п. 28 ст. 217 Налогового кодекса Российской Федерации).

2. Право на **налоговый вычет** в размере **36 000 рублей** в календарный год имеют право:

а) лица, получившие инвалидность вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, которые:

- принимали участие в ликвидации последствий катастрофы в пределах зоны отчуждения Чернобыльской АЭС;

- или были заняты в эксплуатации или на других работах на Чернобыльской АЭС;

б) лица ставшие инвалидами, получившие или перенесшие лучевую болезнь и другие заболевания вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча.

в) инвалиды Великой Отечественной войны;

г) инвалиды, из числа военнослужащих или бывших партизан, ставших инвалидами I, II и III групп вследствие ранения, контузии или увечья полученных:

- при защите СССР, Российской Федерации или при исполнении иных обязанностей военной службы;

- вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте.

3. Право на **налоговый вычет** в размере **6 000 рублей** в календарный год имеют право:

а) инвалиды с детства;

б) инвалиды I и II групп.

4. Право на освобождение от уплаты государственной пошлины при обращении в суды общей юрисдикции, арбитражные суды, мировые суды, за подачу имущественных исков на сумму ущерба менее 1 миллиона рублей имеют:

а) инвалиды I и II групп.

5. Право на льготу в размере 50 % на все нотариальные услуги имеют:

а) инвалиды I и II групп.

6. Не облагаются транспортным налогом следующие транспортные средства, принадлежащие инвалидам:

а) легковые автомобили, специально оборудованные для использования инвалидами;

б) легковые автомобили с мощностью двигателя до 100 лошадиных сил, полученные или приобретенные через органы социальной защиты населения.

7. Право на освобождение от уплаты налога на имущество физических лиц имеют:

а) инвалиды с детства;

б) инвалиды I и II групп.

### **3.14. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»**

#### **Законодательные основы предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы**

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

2. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.10.2000 № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»;

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.04.2011 № 295н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы»;

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;

7. Приказ Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.02.2013 № 65н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»;

8. Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18.07.2001 № 56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания»;

9. Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 30.01.2002 № 5 «Об утверждении инструкции о порядке заполнения формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, утвержденной Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 18.07.2001 № 56»;

10. Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 15.04.2003 № 17 «Об утверждении разъяснения «Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности»;

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.10.2005 № 643 «Об утверждении форм документов о результатах установления федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы степени утраты профессиональной

трудоспособности в процентах и рекомендаций по их заполнению»;

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.12.2006 № 874 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения»;

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2007 № 77 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь»;

14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2008 № 379н «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации»;

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.10.2012 № 310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»;

16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.11.2010 № 1031н «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления»;

17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.04.2012 № 373н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления».

### **Предоставление государственной услуги по установлению степени утраты профессиональной трудоспособности**

Установление степени утраты профессиональной трудоспособности является одним из результатов предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, получателями которой являются:

- граждане Российской Федерации;
- иностранные граждане и лица без гражданства, получившие повреждение здоровья в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

(п. 5 Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 11.04.2011 №295н (далее – Административный регламент), п.1. Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденных постановлением Правительства РФ от 16.10..2000 № 789).

## **Органы, предоставляющие государственную услугу по проведению медико-социальной экспертизы, результатом которой является установление степени утраты профессиональной трудоспособности**

Учреждениями, осуществляющими предоставление государственной услуги, являются:

- бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (филиалы главных бюро в соответствующем субъекте Российской Федерации (регионе)) – (далее - Бюро);

- главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, главное бюро, осуществляющее медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий (далее – Главные бюро);

- Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (далее - Федеральное бюро) (п. 7. Административного регламента).

### **Основные функции и права Федерального бюро**

Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), находящееся в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, является одним из федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы (п. 1 Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н (далее - Порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы)).

Федеральное бюро выполняет следующие **функции**:

а) проводит медико-социальную экспертизу граждан, обжаловавших решения экспертных составов:

- главных бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящихся в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации;

- главных бюро медико-социальной экспертизы, находящихся в ведении иных федеральных органов исполнительной власти (далее – Главные бюро).

б) проводит медико-социальную экспертизу граждан по направлению экспертных составов Главных бюро в случаях, требующих применения особо сложных специальных видов обследования или консультативного заключения Федерального бюро;

в) оценивает качество предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы и проводит при осуществлении контроля за решениями Главных бюро повторную медико-социальную экспертизу граждан, прошедших медико-социальную экспертизу в экспертных составах Главных бюро, и при наличии достаточных оснований изменяет либо отменяет решения экспертных составов Главных бюро;

г) рассматривает жалобы граждан на действия (бездействие) Главных бюро, их должностных лиц и в случае признания их обоснованными принимает меры по устранению выявленных недостатков;

д) в случае проведения медико-социальной экспертизы:

устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, а также разрабатывает индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;

определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

определяет стойкую утрату трудоспособности;

определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, а также разрабатывает программы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя граждан, призываемых на военную службу (военнослужащих, проходящих военную службу по контракту).

е) осуществляет комплексную экспертно-реабилитационную диагностику с применением новейших технологий, результатов научных разработок в целях определения наличия ограничений жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности, реабилитационного потенциала и потребности в мерах социальной защиты;

ж) проводит по поручению Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации научные исследования в установленной сфере деятельности;

з) осуществляет мероприятия по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации специалистов в области медико-социальной экспертизы;

и) оказывает методологическую и организационно-методическую помощь Главным бюро, обеспечивает единообразное применение законодательства Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов в установленной сфере деятельности;

к) формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов;

л) принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и вносит предложения по разработке и реализации программ по проблемам инвалидности и инвалидов;

м) вносит в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации предложения о внедрении в практику результатов научных разработок, новых технологий экспертно-реабилитационной диагностики, передового опыта Главных бюро, а также реализации программ по различным направлениям медико-социальной экспертизы;

н) вносит в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации предложения по формированию государственного заказа на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по медико-социальной экспертизе;

о) осуществляет мероприятия по комплексной реабилитации инвалидов, в том числе занимающихся физкультурой и спортом, включая медицинскую реабилитацию и оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;



п) осуществляет мероприятия по сбору статистической отчетности, информационных и аналитических материалов о деятельности Главных бюро (п. 7 Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы).

Федеральное бюро имеет **право**:

- направлять граждан, проходящих медико-социальную экспертизу, на обследование в медицинские организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь, в том числе реабилитационные, а также в научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в целях уточнения клинико-функционального диагноза, профессиональных возможностей и экспертно-реабилитационной диагностики;

- запрашивать у организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности сведения, необходимые для выполнения полномочий, возложенных на федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы (п.8 Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы).

### **Организации, направляющие на медико-социальную экспертизу, а также условия такого направления**

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу:

- организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь независимо от ее организационно-правовой формы;

- органом, осуществляющим пенсионное обеспечение;

- органом социальной защиты населения (по месту жительства инвалида) (п.15 Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 (далее – Правила признания лица инвалидом)).

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 (п. 16 Правил признания лица инвалидом).

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 (п. 17 Правил признания лица инвалидом).

## **Алгоритм действий гражданина при получении направления, а также при отказе в направлении на медико-социальную экспертизу**

**Если направление на медико-социальную экспертизу получено,** необходимо вместе с указанным направлением обратиться в бюро медико-социальной экспертизы по месту жительства для прохождения освидетельствования (п. 51 Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 11.04.2011 № 295н).

**Если в направлении на медико-социальную экспертизу гражданину отказано,** то ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

В этом случае 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 (п. 19 Правил признания лица инвалидом).

## **Досудебный (внесудебный) порядок обжалования решений и действий (бездействий) органа, предоставляющего государственную услугу по проведению медико-социальной экспертизы (далее – государственная услуга)**

### **Гражданин имеет право обжаловать:**

- действия (бездействия) и решения, принятые в ходе предоставления государственной услуги;
- действия (бездействия) и решения специалистов Федерального бюро, Главного бюро, Бюро, участвующих в предоставлении государственной услуги (п.104 Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 11.04.2011 № 295н (далее – Административный регламент)).

### **Обжалование решения Бюро:**

Решение Бюро может быть обжаловано в Главное бюро (в месячный срок) на основании заявления, поданного в Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Главное бюро.

Заявление об обжаловании решения Бюро должно содержать:

- наименование Главного бюро, в которое подается заявление;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя государственной услуги;
- адрес места жительства (места пребывания), адрес электронной почты (при наличии);
- жалоба на решение Бюро с указанием его наименования;
- просьба провести медико-социальную экспертизу по обжалованию решения Бюро с указанием ее цели;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя (при наличии);
- дата подачи заявления.

Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу гражданина, в 3-

дневный срок со дня получения вышеуказанного заявления направляет его со всеми имеющимися документами в Главное бюро (п.105 Административного регламента).

Главное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления об обжаловании решения Бюро проводит медико-социальную экспертизу гражданина и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение (п.106 Административного регламента).

### **Обжалование решения Главного бюро:**

Решение Главного бюро может быть обжаловано в Федеральное бюро (в месячный срок) на основании заявления, поданного в Главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро.

В случае обжалования гражданином (его законным представителем) решения Главного бюро его руководитель может поручить проведение медико-социальной экспертизы другому составу специалистов Главного бюро (только с согласия гражданина (его законного представителя)) (п. 107 Административного регламента).

Заявление об обжаловании решения Главного бюро должно содержать:

- наименование Федерального бюро, в которое подается заявление;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя государственной услуги;
- адрес места жительства (места пребывания), адрес электронной почты (при наличии);
- жалоба на решение Главного бюро с указанием его наименования;
- просьба провести медико-социальную экспертизу по обжалованию решения Главного бюро с указанием ее цели;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя (при наличии);
- дата подачи заявления.

Федеральное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления об обжаловании решения Главного бюро проводит медико-социальную экспертизу гражданина и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение (п. 108 Административного регламента).

### **Обжалование действий (бездействий) и решений учреждений, участвующих в предоставлении государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы в вышестоящий орган:**

Действия (бездействия) и решения учреждений, участвующих в предоставлении государственной услуги, могут также быть обжалованы в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – Минтруд России):

- лично (путем записи на личный прием к должностным лицам Минтруда России) (п. 111 Административного регламента);
- путем направления обращения почтовой связью или с использованием информационно-коммуникационной сети общего доступа (Интернет) (п. 110 Административного регламента).

Указанное обращение рассматривается в течение 30 дней со дня его регистрации (п. 112 Административного регламента) и должно содержать:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, почтовый адрес и/или адрес электронной почты, по которому должен быть направлен ответ;

- наименование учреждения, участвующего в предоставлении государственной услуги, должность, фамилия, имя и отчество работника (при наличии сведений), действия (бездействие) и решения которого обжалуются;

- существо обжалуемого действия (бездействия) и решения (п. 113 Административного регламента);

- причины несогласия с обжалуемым действием (бездействием) и решением;

- обстоятельства, на основании которых гражданин считает, что нарушены его права, свободы и законные интересы, созданы препятствия к их реализации либо на него незаконно возложена какая-либо обязанность;

- требования об отмене решения, о признании незаконным действия (бездействия) и решения;

- иные сведения, которые гражданин считает необходимым сообщить (п. 114 Административного регламента).

По результатам рассмотрения обращения должностное лицо (ответственный или уполномоченный работник) Минтруда России принимает одно из следующих решений:

- об удовлетворении требований гражданина и о признании неправомерным обжалованного действия (бездействия) и решения;

- об отказе в удовлетворении требований гражданина;

- о даче разъяснений гражданину (п. 115 Административного регламента).

#### **Алгоритм действий гражданина при подаче заявления на обжалование решения федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы**

В случае несогласия с решением Бюро – обжалование его решения в Главное бюро;

В случае несогласия с решением Главного бюро – обжалование его решения в Федеральное бюро (127486, г. Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3);

В случае несогласия с действиями (бездействиями) и/или решениями вышеуказанных учреждений - обжалование в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Ильина, д. 21).

### 3.15. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ «КАК ПОЛУЧИТЬ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ»

#### Понятие технических средств реабилитации инвалида

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

Техническими средствами реабилитации инвалидов являются:

- специальные средства для самообслуживания;
- специальные средства для ухода;
- специальные средства для ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией;
- специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
- протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);
- специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь;
- специальные средства для передвижения (кресла-коляски) (ст.11.1. Федерального закона о социальной защите инвалидов в Российской Федерации от 24.11.1995 № 181-ФЗ).

#### Условия и порядок предоставления технических средств реабилитации инвалидам

##### Условия предоставления технических средств реабилитации:

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении **медицинских показаний и противопоказаний**, которые устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Перечень абсолютных и относительных медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации определен приказом Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.02.2013 № 65н.

##### Порядок предоставления технических средств реабилитации:

Порядок обеспечения лиц, признанных инвалидами (за исключением лиц, признанных инвалидами вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний), и детей-инвалидов установлен Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 (далее – Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

За счет **федерального бюджета** предоставляются только те технические средства реабилитации, которые:

- предусмотрены федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду,

утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р;

- указаны в индивидуальной программе реабилитации инвалида (ребенка-инвалида).

### **1. Подача заявления с приложением необходимых документов:**

Для получения технических средств реабилитации инвалиду необходимо обратиться в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации или орган социальной защиты населения по месту своего жительства (далее - уполномоченные органы) с предоставлением следующих документов:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность инвалида или лица, представляющего его интересы;
- документ, подтверждающий полномочия представителя инвалида;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования инвалида (по желанию инвалида) (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

### **2. Запрос сведений из страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования инвалида:**

Уполномоченный орган в течение 2 рабочих дней со дня подачи вышеуказанного заявления запрашивает у территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства инвалида сведения из страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования инвалида (ветерана).

Сведения из страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования инвалида (ветерана) предоставляются территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации в течение 3 рабочих дней со дня получения запроса уполномоченного органа (п.4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

### **3. Рассмотрение заявления инвалида о предоставлении технического средства реабилитации:**

Уполномоченный орган рассматривает заявление инвалида в 15-дневный срок с даты его поступления и в письменной форме уведомляет его о постановке на учет по обеспечению техническим средством реабилитации.

Одновременно с уведомлением уполномоченный орган:

высылает (выдает) инвалиду направление в отобранные им организации, обеспечивающие техническими средствами реабилитации для получения либо изготовления таких технических средств (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

#### **4. Предоставление инвалиду бесплатного проезда к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно:**

В случае необходимости проезда инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно высылает (выдает) ему:

- специальный талон на право бесплатного получения проездных документов для проезда на железнодорожном транспорте;
- и (или) именное направление для бесплатного получения проездных документов на проезд автомобильным, воздушным, водным транспортом, отобранных уполномоченным органом (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

#### **5. Компенсация проезда к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно:**

При проезде инвалида (сопровождающего лица) за счет собственных средств к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно ему выплачивается компенсация расходов на оплату проезда, подтвержденных проездными документами (п.12 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

#### **6. Компенсация приобретенного за собственный счет технического средства реабилитации.**

##### **Порядок выплаты компенсации за техническое средство реабилитации, приобретенное инвалидом за собственный счет**

Порядок выплаты компенсации за технические средства реабилитации, приобретенные за свой счет, включая:

- порядок определения ее размера;
- порядок информирования инвалидов о размере указанной компенсации, определяется приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н.

Компенсация осуществляется в случае:

- если приобретенное техническое средство реабилитации предусмотрено индивидуальной программой реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида) и куплено за собственный счет инвалида (ребёнка-инвалида);
- если приобретенное техническое средство реабилитации предусмотрено федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р;
- или если техническое средство реабилитации не может быть предоставлено инвалиду (ребёнку-инвалиду) (п. 15 (1) Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

Указанная компенсация выплачивается на основании **заявления инвалида** (его законного представителя) с приложением документов, подтверждающих расходы на приобретение технического средства реабилитации, а также с предъявлением следующих документов:

- документ, удостоверяющий личность;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребёнка-инвалида);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащее страховой номер индивидуального лицевого счета (п.5 приказа Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н).

**Решение о выплате компенсации** принимается уполномоченным органом в течение 30 дней со дня принятия им заявления о выплате компенсации (п.6 приказа Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н).

**Выплата инвалиду компенсации** осуществляется уполномоченным органом в месячный срок с даты принятия соответствующего решения путем почтового перевода или перечисления средств на счет, открытый инвалидом в кредитной организации.

### **Алгоритм действий инвалида при получении технического средства реабилитации (со ссылками на нормативно-правовые акты)**

**1. Подача заявления в уполномоченные органы** (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):

- в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;
- или в орган социальной защиты населения по месту своего жительства (далее – уполномоченные органы).

**2. Получение направления** (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):

Получение инвалидом направления в организацию, обеспечивающую техническими средствами реабилитации, для получения либо изготовления такого технического средства.

**3. Получение документов для бесплатного проезда (в случае необходимости)** (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):

Получение специального талона и/или именного направления для бесплатного получения проездных документов для проезда к месту нахождения организации, обеспечивающей техническими средствами реабилитации и обратно.

**4. Подача заявления в уполномоченные органы для получения компенсации проезда к месту нахождения организации** (в случае приобретения проездных документов за собственный счет) (п.12 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).

**5. Подача заявления о возмещении расходов на приобретение технического средства реабилитации** (в случае приобретения такого технического средства за собственный счет) (п.5 приказа Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н)).



## **Законодательные и нормативно-правовые основы обеспечения техническими средствами реабилитации инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата**

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р «Об утверждении федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду»;

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 «Об утверждении Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями»;

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.11.2005 № 708 «Об утверждении правил обеспечения инвалидов собаками-проводниками, включая выплату ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников».

5. Приказ Минтруда России от 24 мая 2013 № 214н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду; утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р;

6. Приказ Минтруда России от 11.10.2012 № 310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»;

7. Приказ Минтруда России от 18.02.2013 № 65н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

### **Типы и виды технических средств реабилитации для инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата**

Классификация технических средств реабилитации (изделий) инвалидов в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р утверждена приказом Минтруда России от 24.05.2013 № 214н.

Так, для инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата предусмотрены следующие технические средства реабилитации:

#### **1. Кресла-коляски с ручным приводом и электроприводом:**

- а) кресла-коляски комнатные, в том числе для детей-инвалидов;
- б) кресла-коляски прогулочные, в том числе для детей-инвалидов;
- в) кресла-коляски активного типа, в том числе для детей-инвалидов;
- г) кресла-коляски малогабаритные, в том числе для детей-инвалидов.

#### **2. Противопролежневые матрасы и подушки:**

- а) полиуретановые;
- б) гелевые;
- в) воздушные (с компрессором).

#### **3. Протез стопы.**

**4. Протез голени:**

- а) лечебно-тренировочный;
- б) немодульного типа, в том числе при врожденном недоразвитии;
- в) модульного типа, в том числе при недоразвитии;
- г) для купания.

**5. Протез бедра:**

- а) лечебно-тренировочный;
- б) немодульный;
- в) модульный;
- г) модульный с внешним источником энергии;
- д) для купания.

**6. Протез при вычленении бедра:**

- а) модульный;
- б) немодульный.

**7. Трости опорные:**

- а) регулируемая и не регулируемая по высоте с устройством противоскольжения или без него;
- б) с анатомической ручкой регулируемая и не регулируемая по высоте с устройством противоскольжения или без него.

**8. Трости 3-х и 4-х опорные:**

- а) регулируемая и не регулируемая по высоте с устройством противоскольжения или без него;
- б) с анатомической ручкой регулируемая и не регулируемая по высоте с устройством противоскольжения или без него.

**9. Костыли:**

- а) с опорой под локоть с устройством противоскольжения или без него;
- б) с опорой на предплечье с устройством противоскольжения или без него;
- в) подмышечные с устройством противоскольжения или без него.

**10. Опора в кровать:**

- а) веревочная;
- б) металлическая.

**11. Ходунки:**

- а) шагающие;
- б) на колесах;
- в) с опорой на предплечье;
- г) изготавливаемые по индивидуальному заказу;
- д) с подмышечной опорой;
- е) ходунки-роллаторы.

**12. Поручни (перила) для самоподнимания:**

- а) угловые;
- б) прямые (линейные).

## **Медицинские показания и противопоказания к обеспечению инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата техническими средствами реабилитации**

### **I. Кресла-коляски с ручным приводом и электроприводом:**

- а) кресла-коляски комнатные, в том числе для детей-инвалидов;
- б) кресла-коляски прогулочные, в том числе для детей-инвалидов;
- в) кресла-коляски активного типа, в том числе для детей-инвалидов;
- г) кресла-коляски малогабаритные, в том числе для детей-инвалидов.

### **Медицинские показания:**

1. Стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения статодинамических функций вследствие:

- заболеваний, последствий травм, деформаций тазобедренного, коленного, голеностопного суставов одной или обеих нижних конечностей;
- заболеваний, последствий травм, деформаций костей обеих нижних конечностей;
- заболеваний, последствий травм, деформаций позвоночника;
- выраженных врожденных аномалий (пороков развития) костей обеих нижних конечностей, таза и позвоночника;
- осложнений после эндопротезирования суставов нижних конечностей;
- ампутационных культей обеих бедер или голеней;
- ампутационной культы одного бедра на любом уровне независимо от пригодности к протезированию;
- ампутационных культей обеих стоп на уровне сустава Шопара;
- заболеваний, последствий травм центральной, периферической нервной системы.

2. Стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета вследствие:

- болезней системы кровообращения;
- болезней органов дыхания;
- болезней органов пищеварения;
- болезней мочеполовой системы;
- злокачественных новообразований (IV клиническая группа);
- психических расстройств с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, деменцией.

3. Выраженные нарушения функций верхних конечностей (преимущественно двусторонние) вследствие заболеваний, деформаций и парезов верхних конечностей в сочетании со стойкими выраженными или значительно выраженными нарушениями статодинамических функций.

### **Абсолютные медицинские противопоказания:**

- последствия заболеваний травм и дефектов приводящие к прогрессированию патологического процесса в положении пациента сидя;
- психические расстройства с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, деменцией;

- эпилептический синдром;
- выраженные нарушения зрения;
- стенокардия, IV функциональный класс;
- умеренно выраженный, выраженный или значительно выраженный верхний парапарез, верхняя параплегия;
- парез, выраженный или значительно выраженный парез двух кистей.

**Относительные медицинские противопоказания:**

- отсутствие или значительное ограничение движения обеих верхних конечностей;
- стенокардия IV функциональный класс;
- хроническая сердечная недостаточность III стадии, IV функциональный класс;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- злокачественные новообразования (IV клиническая группа);
- психические расстройства с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, деменцией;
- умеренно выраженные, выраженные или значительно выраженные нарушения статики и координации движений;
- полное отсутствие движений в верхних конечностях и верхней половине туловища;
- хроническая сердечная недостаточность III стадии, IV функциональный класс;
- дыхательная недостаточность III степени;
- наркомания;
- хронический алкоголизм II, III стадий.

**II. Противопрележные матрасы и подушки:**

- а) полиуретановые;
- б) гелевые;
- в) воздушные (с компрессором).

**Медицинские показания:**

Значительно выраженные нарушения:

- статодинамических функций;
- функций кровообращения;
- дыхания;
- пищеварения;
- выделения;
- кроветворения;
- обмена веществ и энергии;
- психических функций;
- иммунитета.

**Медицинские противопоказания:**

Противопоказаний не имеется.

### III. Протез стопы.

#### Медицинские показания:

- культя стопы по Гаранжо;
- культя стопы по Шарпу, Лисфранку, Шопару;
- культя стопы после продольных ампутаций.

#### Относительные медицинские противопоказания:

- незаживающие язвы, раны, свищи;
- болезненные остеофиты;
- трофические расстройства, заболевания кожных покровов;
- невриты;
- выраженные фантомные боли;
- хронические заболевания в стадии обострения (травмоиды, бурситы, свищи, остеомиелит);
- значительно выраженные атактические нарушения;
- нижняя параплегия;
- значительно выраженный нижний парапарез.

### IV. Протез голени:

- а) лечебно-тренировочный;
- б) немодульного типа, в том числе при врожденном недоразвитии;
- в) модульного типа, в том числе при недоразвитии;
- г) для купания.

#### Медицинские показания:

- культя голени по Пирогову или по Сайму;
- культя голени после вычленения в голеностопном суставе;
- культя голени короткая;
- культя голени в нижней, средней, верхней трети;
- атипичная культя голени.

#### Относительные медицинские противопоказания:

- незаживающие язвы, раны, свищи;
- болезненные остеофиты;
- трофические расстройства, заболевания кожных покровов;
- невриты;
- выраженные фантомные боли;
- хронические заболевания в стадии обострения (травмоиды, бурситы, свищи, остеомиелит);
- значительно выраженные атактические нарушения;
- выраженная деформация, анкилоз коленного, тазобедренного сустава в порочном положении;
- нижняя параплегия;
- значительно выраженный нижний парапарез;
- хроническая сердечная недостаточность III стадии, III, IV функциональный класс;
- стенокардия III, IV функциональный класс;
- дыхательная недостаточность III степени.

## **V. Протез бедра:**

- а) лечебно-тренировочный;
- б) немодульный;
- в) модульный;
- г) модульный с внешним источником энергии;
- д) для купания.

### **Медицинские показания:**

- культя бедра после вычленения в коленном суставе;
- культя бедра по Гритти или по Гритти-Шимановскому;
- культя бедра в нижней, средней и верхней трети;
- культя бедра короткая;
- атипичная культя бедра.

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- незаживающие язвы, раны, свищи;
- болезненные остеофиты;
- трофические расстройства, заболевания кожных покровов;
- невриты;
- выраженные фантомные боли;
- хронические заболевания в стадии обострения (травматиды, бурситы, свищи, остеомиелит);
- значительно выраженные атактические нарушения;
- выраженная деформация, анкилоз коленного, тазобедренного сустава в порочном положении;
- нижняя параплегия;
- значительно выраженный нижний парапарез;
- хроническая сердечная недостаточность III стадии, III, IV функциональный класс;
- стенокардия III, IV функциональный класс;
- дыхательная недостаточность III степени.

## **VI. Протез при вычленении бедра (модульный, немодульный).**

### **Медицинские показания:**

- культя, в том числе атипичная, после вычленения в тазобедренном суставе;
- культя после межподвздошно-брюшной ампутации;
- культя после гемипельвэктомии.

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- незаживающие язвы, раны, свищи;
- болезненные остеофиты;
- трофические расстройства, заболевания кожных покровов;
- невриты;
- выраженные фантомные боли;
- хронические заболевания в стадии обострения (травматиды, бурситы, свищи, остеомиелит);
- значительно выраженные атактические нарушения.

## **VII. Трости опорные.**

### **Медицинские показания:**

1. Стойкие умеренные нарушения статодинамических функций вследствие:

- заболеваний, последствий травм, деформаций тазобедренного сустава; коленного сустава; голеностопного сустава одной нижней конечности;
- заболеваний, последствий травм, деформаций костей нижней конечности;
- врожденных деформаций стопы; последствий травм, деформаций таза;
- заболеваний, последствий травм, деформаций позвоночника при наличии болевого синдрома;
- эндопротезирования сустава нижней конечности;
- ампутационной культы одной нижней конечности (протезированной);
- заболеваний, последствий травм центральной, периферической нервной системы.

2. Стойкие умеренные нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета вследствие:

- болезней системы кровообращения (хроническая артериальная недостаточность II степени; хроническая венозная недостаточность II степени; слоновость одной нижней конечности; стенокардия III функциональный класс; хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии, III функциональный класс);
- болезней органов дыхания (дыхательная недостаточность II степени);
- болезней органов пищеварения (недостаточность функции печени II стадии);
- болезней мочеполовой системы (хроническая почечная недостаточность II стадии);
- нарушений обмена веществ и энергии (синдром диабетической стопы, ожирение III степени).

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- выраженные нарушения статодинамических функций верхних конечностей;
- выраженные или значительно выраженные нарушения статики и координации движений (гиперкинетические, атактические нарушения).

## **VIII. Трости 3-х и 4-х опорные.**

### **Медицинские показания:**

1. Стойкие выраженные нарушения статодинамических функций вследствие:

- заболеваний, последствий травм, деформаций тазобедренного сустава;
- коленного сустава одной нижней конечности;
- голеностопного сустава;
- заболеваний, последствий травм, деформаций костей обеих нижних конечностей;
- заболеваний, последствий травм, деформаций позвоночника;
- эндопротезирования суставов нижней конечности;
- ампутационных культей обеих нижних конечностей (протезированных);

- заболеваний, последствий травм центральной, периферической нервной системы.

2. Стойкие выраженные нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета вследствие:

- болезней системы кровообращения;
- болезней органов дыхания;
- болезней органов пищеварения;
- болезней мочеполовой системы.

**Относительные медицинские противопоказания:**

- выраженные нарушения статодинамических функций верхних конечностей;
- выраженные или значительно выраженные нарушения статики и координации движений (гиперкинетические, атактические нарушения).

**IX. Костыли.**

**Медицинские показания:**

Стойкие выраженные нарушения статодинамических функций и функций кровообращения вследствие:

- заболеваний, последствий травм, деформаций тазобедренного, коленного, голеностопного суставов обеих нижних конечностей;
- заболеваний, последствий травм, деформаций костей обеих нижних конечностей;
- порочного положения стопы с трофическими расстройствами и невозможностью пользоваться ортопедической обувью;
- свищевой формы остеомиелита одной нижней конечности с нарушением ее опороспособности;
- эндопротезирования суставов нижних конечностей;
- ампутационных культей одной или обеих нижних конечностей (протезированных);
- заболеваний, последствий травм центральной, периферической нервной системы (выраженный гемипарез, выраженный парез обеих нижних конечностей, выраженный парез одной нижней конечности в сочетании с умеренным парезом одной верхней конечности (перекрестно));
- болезней системы кровообращения (хроническая артериальная недостаточность II-III, III степени, хроническая венозная недостаточность II-III, III степени, слоновость в стадии лимфодемы - обеих нижних конечностей).

**Относительные медицинские противопоказания:**

- выраженные нарушения статодинамических функций верхних конечностей;
- выраженные или значительно выраженные нарушения статики и координации движений (гиперкинетические, атактические нарушения).



## **X. Опора в кровать, ходунки.**

### **Медицинские показания:**

Стойкие выраженные нарушения статодинамических функций и функций кровообращения вследствие:

- заболеваний, последствий травм центральной, периферической нервной системы;
- болезней системы кровообращения (выраженный гемипарез, выраженный парез обеих нижних конечностей, умеренно выраженный тетрапарез, умеренно выраженная атаксия при вестибулярно-мозжечковых нарушениях, выраженные амиостатические нарушения).

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- выраженные нарушения статодинамических функций верхних конечностей.

## **XI. Поручни (перила) для самоподнимания угловые и прямые (линейные).**

### **Медицинские показания:**

Стойкие выраженные нарушения статодинамических функций вследствие:

- заболеваний, последствий травм, деформаций тазобедренного, коленного, голеностопного суставов обеих нижних конечностей;
- заболеваний, последствий травм, деформаций костей обеих нижних конечностей;
- заболеваний, последствий травм, деформаций позвоночника;
- свищевой формы остеомиелита одной нижней конечности с нарушением ее опороспособности;
- эндопротезирования суставов нижних конечностей;
- ампутационных культей обеих нижних конечностей (протезированных);
- заболеваний, последствий травм центральной, периферической нервной системы;
- заболеваний органов кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

## **Организационно-методические аспекты обеспечения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата техническими средствами реабилитации**

Инвалиды обеспечиваются только теми техническими средствами реабилитации, которые:

- включены в **Федеральный перечень** реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р;
- указаны в их **индивидуальной программе реабилитации**, выдаваемой по результатам освидетельствования федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

При этом решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается после установлении медицинских показаний и

противопоказаний, определенных приказом Минтруда России от 18.02.2013 № 65н.

Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

### **Алгоритм действий инвалида при получении технического средства реабилитации, рекомендованного в индивидуальной программе реабилитации**

#### **1. Подача заявления:**

- в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;

- или в орган социальной защиты населения по месту своего жительства (далее - уполномоченные органы) (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 (далее - Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации)).

#### **2. Получение направления (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):**

Получение инвалидом направления в организацию, обеспечивающую техническими средствами реабилитации, для получения либо изготовления такого технического средства.

#### **3. Получение документов для бесплатного проезда (в случае необходимости) (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):**

Получение специального талона и/или именного направления для бесплатного получения проездных документов для проезда к месту нахождения организации, обеспечивающей техническими средствами реабилитации, и обратно.

#### **4. Подача заявления в уполномоченные органы для получения компенсации проезда к месту нахождения организации (в случае приобретения проездных документов за собственный счет) (п.12 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).**

#### **5. Подача заявления о возмещении расходов по приобретению технического средства реабилитации (в случае приобретения такого технического средства за свой счет) (п.5 приказа Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации»).**

## Законодательные и нормативно-правовые основы обеспечения инвалидов сурдосредствами

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р «Об утверждении федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду»;
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 «Об утверждении Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями»;
4. Приказ Минтруда России от 24 мая 2013 № 214н «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р»;
5. Приказ Минтруда России от 11.10.2012 № 310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»;
6. Приказ Минтруда России от 18.02.2013 № 65н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»;
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации».

### Типы и виды технических средств реабилитации для инвалидов с патологией органа уха

Сурдотехнические средства реабилитации для глухих и тугоухих - совокупность специальных средств и приспособлений, позволяющих осуществлять замещение дефектов слуха и способствующих активному приспособлению человека к окружающей среде.

Классификация технических средств реабилитации (изделий) инвалидов в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р утверждена приказом Минтруда России от 24.05.2013 № 214н.

Так, для инвалидов с патологией органа уха предусмотрены следующие технические средства реабилитации:

**1. Слуховые аппараты**, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления - электроакустические устройства, носимые человеком и предназначенные для компенсации ослабленного слуха, относятся к сурдосредствам.

#### Виды слуховых аппаратов:

- а) аналоговые:

- заушные сверхмощные;
- заушные мощные;
- заушные средней и слабой мощности;
- карманные супермощные;
- карманные мощные.

б) цифровые слуховые аппараты:

- заушные сверхмощные;
- заушные мощные;
- заушные средней и слабой мощности;
- заушные для открытого протезирования.

**2. Сигнализаторы звука** световые и вибрационные:

- а) цифровые со световой индикацией;
- б) цифровые с вибрационной индикацией;
- в) цифровые с вибрационной и световой индикацией.

К сигнализаторам звука относятся устройства различного типа и вида:

- сигнализирующие устройства, предназначенные для подключения к телефону (факсу), дверному звонку, будильнику для дублирования звукового сигнала световым;

- сигнализирующие устройства, предназначенные для подключения к будильнику для дублирования звукового сигнала вибрационным;

- индикатор телефонного вызова (телефонный сигнализатор) с возможностью подключения комнатного светильника; световой сигнализатор детского плача со встроенным передатчиком; световой сигнализатор дверного звонка; будильник со световой, вибрационной индикацией; детектор дыма со световой индикацией.

**3. Телевизоры с телетекстом** для приёма программ со скрытыми субтитрами (диагональю от 54 до 66 см.);

**4. Телефонные устройства** с текстовым выходом;

**5. Голособразующие аппараты;**

**6. Кохлеарные имплантаты** - медицинские приборы, протезы, позволяющие компенсировать потерю слуха некоторым пациентам с выраженной или тяжёлой степенью нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости.

**Медицинские показания и противопоказания к обеспечению инвалидов по слуху сурдосредствами**

Перечень абсолютных и относительных медицинских показаний и противопоказаний представлен в приказе Минтруда России от 18.02.2013 № 65н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

**I. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.**

**Медицинские показания:**

- нарушение слуховых функций I, II степени (при дефектах речи), III, IV степени - у детей;
- нарушение слуховых функций III, IV степени (у взрослых).

**Относительные медицинские противопоказания:**

- наличие плоской аудиограммы (одно ухо) и крутонисходящей аудиограммы (другое ухо) (при бинауральном слухопротезировании ребенка-инвалида);
- ретрокохлеарное поражение;
- невозможность протезирования одного из ушей;
- нарушение функции вестибулярного аппарата;
- острые обострения хронических воспалительных процессов в наружном и среднем ухе, в первые месяцы после перенесенного церебрального менингита или улучшающих слух операций.

## **II. Сигнализаторы звука световой и вибрационный.**

### **Медицинские показания:**

- нарушение способности к общению и ориентации, связанным с нарушением слуховых функций III, IV степени;
- глухота.

Противопоказаний не имеется.

## **III. Телевизоры с телетекстом для приёма программ со скрытыми субтитрами.**

### **Медицинские показания:**

- нарушение слуховых функций IV степени;
- нарушение слуховых функций III степени (при неэффективности слухопротезирования);
- глухота.

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- острота зрения единственного или лучше видящего глаза менее 0,05 с коррекцией;
- и/или концентрическое сужение поля зрения менее 10 градусов.

## **IV. Телефонные устройства с текстовым выходом.**

### **Медицинские показания:**

- нарушение слуховых функций IV степени;
- нарушение слуховых функций III степени (при неэффективности слухопротезирования);
- глухота.

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- острота зрения единственного или лучше видящего глаза менее 0,05 с коррекцией;
- и/или концентрическое сужение поля зрения менее 10 градусов.

## V. Голособразующие аппараты.

### **Медицинские показания:**

Значительно выраженные нарушения функции голосообразования вследствие заболеваний, врожденных аномалий, последствий травм органов речи, в том числе при удалении гортани.

### **Абсолютные медицинские противопоказания:**

- глухонмота;
- бульбарный синдром.

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- воспалительный процесс в области трахеостомы;
- заболевания легких с дыхательной недостаточностью II и III степени.

## VI. Кохлеарный имплантат.

### **Медицинские показания:**

- двусторонняя сенсоневральная тугоухость III – IV степени и тотальная глухота;
- двусторонняя глубокая сенсоневральная глухота (средний порог слухового восприятия более 95 дБ на частотах 0,5, 1 и 2 кГц) - отсутствие отоакустической эмиссии/микрофонного потенциала;
- пороги слухового восприятия в свободном звуковом поле при использовании оптимально подобранных слуховых аппаратов превышают 55 дБ на частотах 2-4 кГц;
- отсутствие выраженного улучшения слухового восприятия речи от применения оптимально подобранных слуховых аппаратов при высокой степени двусторонней сенсоневральной тугоухости после пользования аппаратами в течение 6 мес.;
- разборчивость предложений, равная или ниже 40%, при использовании оптимально подобранных слуховых аппаратов.

### **Абсолютные медицинские противопоказания:**

- полная или значительная облитерация улитки;
- острый или хронический средний отит;
- перфорация барабанной перепонки;
- ретрокохлеарная патология;
- состояние после перерезки слухового нерва при удалении невриномы слухового нерва.

### **Относительные медицинские противопоказания:**

- сопутствующие тяжелые соматические заболевания;
- психические заболевания;
- слабоумие;
- наркотическая или алкогольная зависимость.

## Организационно-методические аспекты обеспечения инвалидов с нарушениями функции слуха необходимыми техническими средствами реабилитации

Инвалиды обеспечиваются только теми техническими средствами реабилитации, которые:

- включены в **Федеральный перечень** реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р;

- указаны в их **индивидуальной программе реабилитации**, выдаваемой по результатам освидетельствования федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

При этом решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается после установлении медицинских показаний и противопоказаний, определенных приказом Минтруда России от 18.02.2013 № 65н.

Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

## **Алгоритм действия инвалида при получении технического средства реабилитации, рекомендованного в индивидуальной программе реабилитации**

### **1. Подача заявления:**

- в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;

- или в орган социальной защиты населения по месту своего жительства (далее - уполномоченные органы) (п. 4 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 (далее - Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации)).

### **2. Получение направления (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):**

Получение инвалидом направления в организацию, обеспечивающую техническими средствами реабилитации, для получения либо изготовления такого технического средства.

### **3. Получение документов для бесплатного проезда (в случае необходимости) (п.5 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации):**

Получение специального талона и/или именного направления для бесплатного получения проездных документов для проезда к месту нахождения организации, обеспечивающей техническими средствами реабилитации, и обратно.

### **4. Подача заявления в уполномоченные органы для получения компенсации проезда к месту нахождения организации (в случае приобретения проездных документов за собственный счет) (п.12 Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации).**

**5. Подача заявления в уполномоченные органы о возмещении расходов по приобретению технического средства реабилитации (в случае приобретения такого технического средства за свой счет) (п.5 приказа Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 57н «Об утверждении порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации»).**



### 3.16. ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ «КАК ПОЛУЧИТЬ ПРОФЕССИЮ ИНВАЛИДУ»

#### Законодательная основа профессионального обучения инвалидов

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 22.08.1996 № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»;
3. Закон Российской Федерации от 10.07.1992 № 3266-1 «Об образовании»;
4. Закон Российской Федерации от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации»;
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 18.07.1996 № 861 «Об утверждении Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях»;
6. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.09.2012 № 891 «О порядке регистрации граждан в целях поиска подходящей работы, регистрации безработных граждан и требованиях к подбору подходящей работы» (вместе с Правилами регистрации граждан в целях поиска подходящей работы, «Правилами регистрации безработных граждан»);
8. Приказ Минтруда России от 13.11.2012 № 524н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги содействия гражданам в поиске подходящей работы, а работодателям в подборе необходимых работников»;
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 03.07.2006 № 513 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по труду и занятости по предоставлению государственной услуги содействия гражданам в поиске подходящей работы, а работодателям в подборе необходимых работников».

#### Гарантии, предоставляемые инвалидам в сфере образования

(ст. 19 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»)

##### 1. Получение инвалидом:

- основного общего образования;
- среднего (полного) общего образования;
- начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, разработанной учреждениями медико-социальной экспертизы при установлении инвалидности.

При этом общее образование инвалидов осуществляется с **освобождением от оплаты** как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях.

2. Создание для инвалидов:

- специальных профессиональных образовательных учреждений различных типов и видов;
- или соответствующих условий в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

3. Предоставление **бесплатных** (при получении образования):

- специальных учебников, учебных пособий и иной учебной литературы;
- услуг сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

### **Особенности приема инвалидов в высшие учебные заведения**

В связи с принятием Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» с **01 сентября 2013 года** утрачивают силу следующие нормативные правовые акты в сфере образования:

- Федеральный закон от 22.08.1996 № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»;
- Закон Российской Федерации от 10.07.1992 № 3266-1 «Об образовании».

Таким образом, данный раздел будет представлен в соответствии с вышеуказанным федеральным законом, вступающим в силу с 01 сентября текущего года.

При приеме на обучение по имеющим государственную аккредитацию программам бакалавриата и программам специалитета **инвалидам** могут быть предоставлены особые права, а именно:

1. Прием на обучение в пределах установленной квоты при условии успешного прохождения вступительных испытаний (за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов);

2. Прием на подготовительные отделения федеральных государственных образовательных организаций высшего образования для обучения за счет федерального бюджета с **преимущественным правом** зачисления при условии успешного прохождения вступительных испытаний и при прочих равных условиях.

При этом следует учитывать, что:

- заявление **о приеме на обучение в пределах установленной квоты** может быть подано только в одну образовательную организацию высшего образования и на одну образовательную программу высшего образования.

- правом на прием на подготовительные отделения федеральных государственных образовательных организаций высшего образования граждан может воспользоваться только **однократно**.

Право на прием на обучение в пределах установленной квоты имеют:

- дети-инвалиды;
- инвалиды I и II групп;
- инвалиды с детства;
- инвалиды вследствие военной травмы или заболевания, полученных в период прохождения военной службы при условии, что вышеуказанным категориям инвалидов **не противопоказано** такое обучение согласно заключению федерального учреждения медико-социальной экспертизы.

Квота приема для получения высшего образования устанавливается **ежегодно** образовательной организацией в размере **не менее чем 10 %** общего объема контрольных цифр приема граждан, обучающихся за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, выделенных такой образовательной организации на очередной год.

Право на прием на подготовительные отделения федеральных государственных образовательных организаций высшего образования на обучение за счет **федерального бюджета с преимущественным правом** зачисления при условии успешного прохождения вступительных испытаний и при прочих равных условиях имеют:

- дети-инвалиды;
- инвалиды I и II групп при условии, что вышеуказанным категориям инвалидов **не противопоказано** такое обучение согласно заключению федерального учреждения медико-социальной экспертизы.

Следует также отметить, что право на прием на обучение по специальностям (направлениям) подготовки в области физической культуры и спорта без вступительных испытаний имеют:

- чемпионы и призеры Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр;
- чемпионы мира, чемпионы Европы, лица, занявшие первое место на первенстве мира, первенстве Европы по видам спорта, включенным в программы Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр.

## **Алгоритм действий инвалида при обращении в Центр занятости населения**

### **1. Обращение в орган занятости населения для регистрации в целях поиска подходящей работы:**

Постановка на регистрационный учет осуществляется государственными учреждениями службы занятости населения при предъявлении гражданами следующих документов:

- паспорт гражданина Российской Федерации или документ, его заменяющий;
- для инвалидов - индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная учреждениями медико-социальной экспертизы и содержащая заключение о рекомендуемом характере и об условиях труда (п.3 Правил регистрации граждан в целях поиска подходящей работы, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.09.2012 № 891) (далее – Правила регистрации граждан в целях поиска подходящей работы).

### **2. Ожидание постановки на регистрационный учёт:**

При постановке на регистрационный учет граждане письменно или под роспись уведомляются о том, что они зарегистрированы в целях поиска подходящей работы в государственном учреждении службы занятости населения (п.6 Правил регистрации граждан в целях поиска подходящей работы).

### **3. Подача документов для регистрации в качестве безработного:**

Решение о признании гражданина, зарегистрированного в целях поиска подходящей работы, безработным принимается органами службы занятости по

месту жительства гражданина не позднее 11 дней со дня предъявления следующих документов:

- паспорт или документ, его заменяющий;
- трудовая книжка или документ, ее заменяющий;
- документ, удостоверяющий профессиональную квалификацию;
- справка о среднем заработке за последние 3 месяца по последнему месту работы;

- для инвалидов - индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная в установленном порядке и содержащая заключение о рекомендуемом характере и условиях труда (п.4 Правил регистрации безработных граждан, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.09.2012 № 891 (далее – Правила регистрации безработных граждан), п.2 ст. 3 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации»).

В случае если гражданин впервые ищет работу (ранее не работал), то представляются следующие документы:

- паспорт;
- документ об образовании;
- для инвалидов - индивидуальная программа реабилитации (п.5 Правил регистрации безработных граждан).

#### **4. Ожидание установления даты посещения для подбора подходящей работы**

При постановке на регистрационный учет государственные учреждения службы занятости населения устанавливают дату посещения для подбора подходящей работы в срок, не превышающий 11 дней со дня предъявления документов указанных в предыдущем пункте настоящего буклета.

При этом зарегистрированные граждане письменно (под роспись) уведомляются о такой дате посещения (п. 7-9 Правил регистрации безработных граждан).

#### **5. Подача заявления в государственное учреждение службы занятости населения о предоставлении содействия в поиске подходящей работы**

Указанное заявление должно содержать следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
  - адрес места жительства (пребывания);
  - данные паспорта гражданина Российской Федерации или документа, его заменяющего;
  - данные документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, лица без гражданства (серия, номер, когда и кем выдан);
  - номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии)
- (п.5 Приказа Минтруда России от 13.11.2012 № 524н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги содействия гражданам в поиске подходящей работы, а работодателям в подборе необходимых работников»).

К заявлению прилагаются следующие документы:

1. Паспорт гражданина Российской Федерации или документ, его заменяющий; документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, лица без гражданства;

2. Индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная учреждениями медико-социальной экспертизы и содержащая заключение о рекомендуемом характере и условиях труда (для инвалидов) (п.13 Приказа Минтруда России от 13.11.2012 № 524н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги содействия гражданам в поиске подходящей работы, а работодателям в подборе необходимых работников»).

**6. Ожидание выдачи:**

- направления на работу;
- перечня вариантов работы;
- предложения о предоставлении иной государственной услуги в области содействия занятости населения;
- предложения пройти профессиональное обучение по направлению органов службы занятости женщинам в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

