

Министерство экономического развития Российской Федерации
Всероссийский союз общественных объединений пациентов

**Возможности и практики
поддержки социально ориентированных НКО
для защиты прав пациентов**

2015

Возможности и практики поддержки социально ориентированных НКО для защиты прав пациентов / Под ред. Я.В. Власова, Ю.А. Жулёва. - Самара, 2015. – 386 с.

Настоящий сборник является итоговым изданием программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты», выполненной Всероссийским союзом общественных объединений пациентов и поддержанной Министерством экономического развития Российской Федерации.

Сборник включает описание программы, методические, статистические и информационные материалы, полученные исполнителем в ходе реализации Программы, а также документы, относящиеся к сфере правовой поддержки социально ориентированных некоммерческих общественных организаций, представляющих права пациентов.

Материалы предназначены для участников общественных организаций, пациентов, специалистов по организации здравоохранения, специалистов по взаимодействию с общественностью, а также для всех тех, кто заинтересован в развитии общественных организаций, представляющих интересы пациентов, и общественного участия в сфере здравоохранения.

Настоящее издание осуществлено на средства субсидии из федерального бюджета на государственную поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации Всероссийскому союзу общественных объединений пациентов на основании Соглашения № № С-747-ОФ/Д19 от 10.12.2014 г.

© Всероссийский союз общественных объединений пациентов

© Министерство экономического развития Российской Федерации

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. СФЕРА ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО	
1.1. Обзор сферы правовой и широкой общественной поддержки социально ориентированных НКО	7
1.2. Активность и дефициты социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения	11
1.3. Программа «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты»	36
1.4. Всероссийский союз пациентов как субъект поддержки социально ориентированных НКО	46
1.5. Карта интересов социально ориентированных НКО и их потенциальных партнеров	51
2. НАПРАВЛЕНИЯ ПОДДЕРЖКИ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО	56
2.1. Основные направления развития социально ориентированных некоммерческих организаций	56
2.2. Направления взаимодействия социально ориентированных НКО с внешними партнерами	84
2.3. Формы взаимодействия социально ориентированных НКО с внешними партнерами в сфере защиты прав пациентов	92
2.4. Алгоритмы решения типовых правовых и организационных задач социально ориентированных НКО пациентов	109
3. ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ СИЛАМИ НКО	115
3.1. Законодательные основы защиты прав пациентов в Российской Федерации	115
3.2. Анализ практики правовой помощи пациентам социально ориентированными НКО	138
3.3. Методика работы социально ориентированных НКО с обращениями граждан	159
3.4. Алгоритмы оказания правовой помощи пациентам силами НКО в ситуациях наиболее распространенных запросов	167
3.5. Примеры успешных практик правовой защиты пациентов силами социально ориентированных НКО	177
4. ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ: ПОЛЕ ПРАВОВОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РЕСУРС РАЗВИТИЯ НКО	185
4.1. Организационно правовая характеристика форм общественного контроля, предусмотренных законодательством	185
4.2. Общественные советы в здравоохранении как институт общественного контроля	203
4.3. Система участия Всероссийского союза пациентов в общественном контроле как мера правовой поддержки пациентов и НКО	210

4.4. Практики организации работы социально ориентированных НКО в общественных советах в сфере здравоохранения	226
4.5. Методики правового общественного контроля социально ориентированных НКО в сфере здравоохранения	252
4.6. Успешные практики правовой работы социально ориентированных НКО в рамках общественного контроля	271
4.7. Перспективы развития правовой деятельности социально ориентированных НКО в рамках общественного контроля	291
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	299
ПРИЛОЖЕНИЯ	300
Приложение 1. Декларация о пациент-центрированном здравоохранении	300
Приложение 2. Декларация о правах пациентов в России	302
Приложение 3. Этический кодекс Всероссийского союза пациентов	314
Приложение 4. Выдержки из ключевых нормативных актов по вопросам прав пациентов на оказание медицинской помощи и прав на социальное обслуживание	319
Приложение 5. Рекомендации по организации и основным направлениям деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов при органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья	361
Приложение 6. Положение об Общественном совете по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения	364
Приложение 7. Регламент проведения заседаний Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития	370
Приложение 8. Регламент формирования отчетности Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития	374
Приложение 9. Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации	383

ВВЕДЕНИЕ

Некоммерческие неправительственные общественные организации как форма соорганизации общественности появляются там, где есть значимые социальные проблемы и где есть стремление граждан прилагать усилия к их решению.

Обозначая такие точки приложения усилий, общественные организации, с одной стороны, удовлетворяют запрос общественности на самоорганизацию, взаимную помощь, на те или иные виды деятельности и услуг, а с другой – являются связующим звеном между обществом и государством, обществом и различными секторными структурами (бизнес, профессиональные сферы и т.д.), проводником информации, делегатом общественности в органах власти и в социальных структурах. 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.

Таким образом, 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 пассивное ее получают, но и сами оказывают услуги обществу и государству, самореализуясь и реабилитируя себя в качестве активных и социально эффективных граждан, членов сообществ, семей.

При этом НКО как организаторы процессов, инициативные модераторы и участники общественно-государственного взаимодействия и «оптимизаторы» управления сами нуждаются в поддержке. Имея высокую мотивацию на изменение ситуации, готовность действовать за счет собственных ресурсов, погруженность в актуальные проблемы представляемой социальной группы, активисты НКО нуждаются в комфортных правовых и организационных условиях для реализации своей активности. И, что не менее важно, в ориентации в этих условиях – в знании имеющихся возможностей, знании способов задействования социальных партнеров, среди которых важнейший в сфере здравоохранения – государство.

Будучи социальным посредником, НКО нуждаются в знании «правил игры» – норм, регулирующих отношения между партнерами и оказание услуг. Активисты НКО нуждаются в навыках правовой работы, знании успешных приемов и практик работы своих коллег. Такое знание позволяет НКО не только эффективно модерировать взаимоотношения между государством и обществом, не только оказывать непосредственную помощь пациентам, ориентируя их в имеющихся возможностях, но даст возможность содействовать оптимизации этих правил: сообщать о неадекватных нормах, предлагать проекты решения проблем, участвовать в продвижении инициатив по оптимизации законодательства.

Деятельность Всероссийский союз общественных объединений пациентов (далее - Всероссийского союза пациентов, ВСП) в целом направлена, с одной стороны, на развитие и со организацию общественных объединений пациентов, а с другой – на построение взаимодействия НКО с государством и иными социальными партнерами.

В этой связи Программа «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения

и социальной защиты», итоги которой подводит настоящий сборник, была направлена на достижение основных задач Всероссийского союза пациентов. На усиление общественных организаций пациентов за счет овладения ими новыми правовыми инструментами, за счет повышения их готовности работать в правовой среде и повышения их знаний нормативно-правовых механизмов и регулирования сферы, в которой они действуют. На создание системы поддержки НКО, выработки и распространения методологии работы, обмена опытом, распространения лучших практик. На обучение активистов НКО. На внедрение новых форм работы с опорой на правовые знания и правовые механизмы, предоставляемые государством.

Настоящий сборник материалов описывает разнообразную деятельность по реализации Программы: представляет анализ ситуации в сфере общественной, в целом, и правовой, в частности, поддержки НКО, представляет разработанные методические материалы и практики, полученные общественными организациями по результатам их внедрения, указывает на ключевые правовые нормы, на которые необходимо ориентироваться при развитии общественно-государственного взаимодействия, некоммерческих объединений пациентов, оказания общественной помощи пациентам в защите их прав.

Надеемся, что настоящий сборник будет полезен всем, кто заинтересован в оптимизации системы здравоохранения и повышении качества медицинского обслуживания населения за счет привлечения ресурсов общественности.

*С уважением к читателям,
Сопредседатели Всероссийского союза пациентов
Власов Я.В., Жулёв Ю.А.*

1. СФЕРА ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО

1.1. Обзор сферы правовой и широкой общественной поддержки социально ориентированных НКО

Очевидно, что некоммерческие организации могут получать поддержку из различных секторов – государственного, общественного некоммерческого, предпринимательского. Однако здесь и далее мы будем говорить не о прямой государственной поддержке или бизнес-финансировании НКО, а в первую очередь, об общественных ресурсах развития социально ориентированных НКО. Под поддержкой мы подразумеваем предоставление общественным организациям широким кругом социальных партнеров всех видов ресурсов и благ, содействующее достижению ими уставных или проектных целей в представлении интересов социальных групп.

Таковыми ресурсами могут быть не только финансовые вливания или прямая материальная поддержка, но и помощь информацией, методиками, трудовым вкладом, экспертным участием, предоставление возможностей, организационных условий, имиджевая поддержка, поддержка статусом, влиятельностью, и т.д., и т.п.

Одним из важнейших ресурсов является правовая помощь НКО: выработка правил и норм, содействующих НКО в их работе, предоставление им полномочий и возможностей, обеспечение их статусом, правами, а также информирование их об этих возможностях и правах, обучение их применению, вовлечение их в процесс реализации прав и возможностей. Реализация правовой поддержки связана со всем комплексом внутреннего развития НКО и создания для них внешних условий. Здесь необходима и исследовательская работа для выявления проблем и запросов пациентов, предложений и лучших практик. Необходима выработка и продвижение законодательных норм и регламентов. Необходима проектировочная работа, координация и координация, информационное сопровождение на всех этапах процесса, необходимы программы вовлечения, мотивирования и обучения общественных активистов. Таким образом, за полноценной реализацией «правовой поддержки» скрывается целый комплекс направлений деятельности с широким спектром технологий.

Именно такое широкое понимание правовой поддержки НКО лежит в основе подхода Всероссийского союза общественных объединений пациентов (Всероссийского союза пациентов) к поддержке и со организации некоммерческих общественных структур, защищающих права граждан как пациентов. Понимание важности правового обеспечения деятельности НКО как элемента, задающего «правила игры» на поле социальных взаимодействий и развития некоммерческого движения, заложено и в реализацию программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты», итоги которой подводит настоящее издание.

Рассмотрение опыта и результатов Программы мы полагаем уместным начать с описания ситуации в сфере поддержки социально ориентированных НКО в целом и правовой поддержки в частности так, как ее видим мы – Всероссийский союз пациентов. В этой связи, в первой главе мы расскажем о нашем видении ситуации, основных игроках и их интересах, представим Всероссийский союз пациентов, идеи описываемой Программы.

Всероссийский союз общественных объединений пациентов, целью деятельности которого, в соответствии с Уставом, является «координация деятельности членов Союза для достижения максимально возможного уровня медицинской помощи и мер по охране здоровья населения в целом и каждого гражданина в отдельности», имеет богатый опыт взаимодействия с социально ориентированными некоммерческими организациями (далее – СО НКО) в соответствующей сфере.

Анализ данного опыта показывает, что СО НКО, действующие на территории Российской Федерации и занимающиеся защитой пациентов, социальной адаптацией инвалидов и членов их семей, независимой оценкой услуг здравоохранения и социальной защиты, весьма разнородны по степени эффективности деятельности, однако сталкиваются со следующими системными проблемами:

1. Профессионализм активистов СО НКО не позволяет обеспечить достаточный уровень поддержки ими пациентов и членам их семей по вопросам защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей. На данный момент можно констатировать, что представители СО НКО – активные граждане, понимающие насущные проблемы пациентов и членов их семей, готовые прикладывать значительные усилия для улучшения качества жизни инвалидов и членов их семей. Они действительно много делают для пациентов и членов их семей. В современном обществе эта деятельность часто связана с готовностью решать правовые коллизии, способностью эффективно взаимодействовать с органами власти, представителями других общественных организаций как на местном уровне, так и на общероссийском, привлекать добровольцев и т.п. Работа по всем этим направлениям у СО НКО часто затруднена, поскольку многие сотрудники СО НКО не являются профессиональными юристами или менеджерами, а организации не в состоянии содержать приглашенных специалистов с высоким уровнем профессионализма в штате, соответственно, не готовы подходить к организации работы комплексно, не планируют перспективных направлений развития организации. В результате помощь обратившимся пациентам и членам их семей оказывается не в требуемом объеме, не с нужной скоростью и квалификацией. Повышение профессионализма активистов СО НКО, таким образом, является залогом обеспечения защиты прав пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

2. СО НКО, занимающиеся защитой пациентов, социальной адаптацией инвалидов и членов их семей, независимой оценкой услуг здравоохранения и социальной защиты, не имеют достаточной информационной поддержки для эффективной реализации своих целей. Законодательство в сфере здравоохранения и социальной защиты инвалидов и членов их семей постоянно изменяется, объем информации по указанным вопросам огромен.

При этом в стране есть масса примеров эффективного взаимодействия СО НКО с органами власти, другими СО НКО, привлечения добровольцев и т.п., но такая информация, как правило, остается на уровне регионов, не распространяется широко.

Несомненно, проблема информационной поддержки связана с описанной выше: наличие высококвалифицированных юристов могло бы обеспечить качественную обработку информации и своевременную подстройку системы работы СО НКО с пациентами и членами их семей под изменения в действующем законодательстве. Однако в данный момент квалифицированной юридической помощи СО НКО в подавляющем большинстве случаев не получают, а повышение

профессионализма за счет повышения квалификации членов СО НКО снимает проблему на непродолжительный срок, поскольку не обеспечивает готовности членов СО НКО работать с новой информацией и не позволяет пользоваться наработками организаций из других регионов.

Недостаточный эффект для решения указанной проблемы имеют и регулярные встречи представителей СО НКО в сфере защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, поскольку скорость обновления информации и появления практик слишком высока, а доступ СО НКО к актуальным материалам должен быть постоянным. Сегодня необходимо обеспечить СО НКО, занимающихся защитой пациентов, социальной адаптацией инвалидов и членов их семей, информационной поддержкой, позволяющей повысить эффективность деятельности СО НКО. Нужно предоставить массе пациентских организаций доступ к систематизированной актуальной информации для решения типовых вопросов, а также возможность получить консультацию высококвалифицированных специалистов по сложным вопросам, нетипичным ситуациям.

3. СО НКО, занимающиеся защитой пациентов, социальной адаптацией инвалидов и членов их семей, независимой оценкой услуг здравоохранения и социальной защиты, недостаточно эффективно взаимодействуют с органами власти на региональном уровне. С одной стороны, проблема связана с поводами для взаимодействия СО НКО с органами власти: часто это конфликтные ситуации, в которых СО НКО, защищая права пациентов на оказание медицинской помощи и социальную адаптацию, выступают как одна из сторон конфликта, что, с учетом недостаточного профессионализма членов СО НКО, часто приводит к позиции противопоставления организаций органам власти, а не к сотрудничеству для достижения общих целей. С другой стороны, органы региональной власти часто не имеют достаточной информации о деятельности СО НКО и не всегда доверяют профессионализму сотрудников СО НКО. Ситуацию необходимо переломить, особенно с учетом внесенных изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Федеральный закон от 10 декабря 1995 года № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»¹, вступающих в силу в октябре 2014 г. и предполагающих создание общественных советов по проведению независимой оценки качества оказания услуг в соответствующей сфере или наделение существующих советов соответствующими полномочиями.

Насущной необходимостью, таким образом, становится создание такой системы поддержки СО НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации пациентов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты, которая могла бы решить перечисленные выше взаимосвязанные проблемы, при этом система должна одинаково эффективно работать во всех, в том числе удаленных, регионах страны.

Система поддержки СО НКО должна обеспечивать, во-первых, самостоятельность НКО в деле защиты пациентов и членов их семей, т.е. выполнять функции тематического справочника по наиболее распространенным случаям, ситуациям, информация в котором регулярно обновляется в соответствии с изменениями в действующем законодательстве и с появлением эффективных практик, во-вторых, базовую функциональную готовность представителей НКО

¹ См. ФЗ от 21 №256-ФЗ июля 2014 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования».

осуществлять поддержку пациентов и членов их семей для реализации их прав в сфере здравоохранения и социальной защиты, в-третьих, возможность получения быстрой консультации с ведущими специалистами в области защиты прав пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей при возникновении нетипичных ситуаций, в-четвертых, готовность эффективного взаимодействия СО НКО с региональными органами власти по актуальным вопросам (на сегодня приоритет – независимая оценка качества), в-пятых, быть равно доступной СО НКО, действующим в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты во всех регионах РФ.

Работу в направлении создания такой системы поддержки социально ориентированных НКО, действующих в области защиты прав пациентов, социальной адаптации пациентов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты, и ведет Всероссийский союз общественных пациентов. Реализация программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты» рассматривается нами как один из этапов этой работы.

1.2. Активность и дефициты социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты

Проведенный в ходе реализации Программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты» комплекс исследований активности и запросов социально ориентированных некоммерческих организаций в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты позволяет судить как об их ориентации и успехах, так и дефицитах и потребностях в широкой общественной поддержке в целом и в правовой поддержке в частности.

Исследование, на данные которого мы будем ссылаться в настоящем разделе, было проведено на старте программы и было построено на изучении опыта и методологии наиболее активных социально ориентированных некоммерческих организаций, представляющих в Российской Федерации права граждан как пациентов. В исследование включены данные анкетного опроса представителей НКО (всего были опрошены 100 членов представителей 20 региональных НКО – членов и партнеров ВСП), данные, полученные в результате кабинетного анализа документов НКО, и открытых данных об НКО. Для сбора данных у НКО организаторами исследований были запрошены документы, описывающие деятельность организаций. Анализ открытых данных осуществлялся путем изучения интернет-сайтов организаций и публикаций об организациях в интернете. Исследование было завершено 25 февраля 2015 года.

Портрет социально ориентированных НКО – участников исследования

В ходе исследования были опрошены руководители/представители 20 региональных социально ориентированных НКО, действующих в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты. Всего из 100 опрошенных 20 были руководителями, а 80 – активистами НКО.

Как показывают данные опроса, число сотрудников подавляющего большинства региональных НКО, принявших участие в опросе, не превышает 10 человек.

Таблица 1.

Распределение НКО по числу сотрудников

Число сотрудников	Доля, в %
До 10 чел.	68,0
10-30 чел.	7,5
Более 30 чел.	3,5
Нет ответа	21,0
Всего	100,0

Деятельность НКО организуется и направляется лидером организации (обычно он находится в статусе директора, президента или председателя правления) и активом организации из 3-5 человек.

Многие организации привлекают к работе добровольцев. Более того, добровольческий труд и вообще участие являются основным ресурсом большинства НКО.

Наемные сотрудники, если и имеются, то чаще всего бухгалтер, реже – секретарь.

Таблица 2.

Распределение НКО по числу добровольцев

Число добровольцев	Доля, в %
До 100 чел.	63,5
101-500 чел.	8,0
501-1000 чел.	1,5
Свыше 1000 чел.	2,0
Нет ответа	25,0
Всего	100,0

Некоторые региональные НКО, принявшие участие в исследовании, являются подразделениями федеральных (общероссийских или межрегиональных) пациентских организаций (например, Общероссийская общественная организация инвалидов - больных рассеянным склерозом, Всероссийское общество гемофилии). Другие являются самостоятельными региональными или городскими структурами.

Таблица 3.

Распределение НКО по общему числу членов организации

Общее число членов организации	Доля, в %
До 100 чел.	36,5
101-500 чел.	25,0
501-1000 чел.	3,0
1001-5000 чел.	10,5
Свыше 5000 чел.	4,5
Нет ответа	20,5
Всего	100,0

Важной характеристикой деятельности организации является число благополучателей, т.е. людей, кому оказывается помощь.

Как показало исследование, почти половина НКО не смогли назвать даже примерное число своих благополучателей.

Так как опрашивались региональные структуры, то обычно представители этих организаций полагали, что их благополучателями реально являются до 1000 граждан в регионе.

Таблица 4.

Распределение НКО по числу благополучателей

Примерное число благополучателей	Доля, в %
До 100 чел.	25,0
101-500 чел.	12,5
501-1000 чел.	5,0
1001-5000 чел.	7,0
Свыше 5000 чел.	2,0
Нет ответа	48,5
Всего	100,0

Две трети опрошенных НКО не ответили на вопрос о примерном бюджете организации за прошедший год.

Таблица 5. Распределение НКО по бюджетным показателям

Примерный бюджет организации за последний год	Доля, в %
До 100 тысяч рублей	8
От 100 тысяч до 500 тысяч рублей	13,5
От 500 тысяч до 1 миллиона рублей	7,5
От 1 миллиона до 10 миллионов рублей	10,5
Свыше 10 миллионов рублей	1
Нет ответа	59,5
Всего	100,0

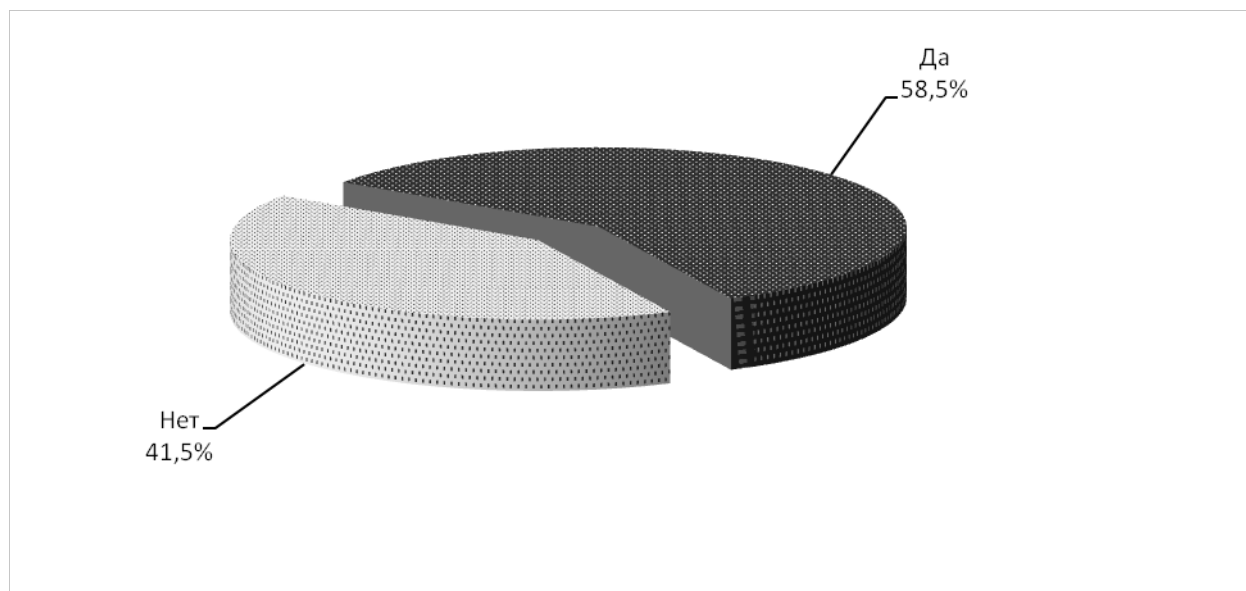
Основными источниками финансирования деятельности НКО являются по данным исследования спонсорские средства (32,5%) и членские взносы (21%). 18% опрошенных НКО заявили, что в 2014 году получали средства федеральных грантов, еще 12% - средства региональных грантов, а 12% - муниципальных грантов. Собственную хозяйственную деятельность как источник финансирования выделили 8% НКО, принявших участие в исследовании.

Активность социально ориентированных пациентских НКО

Одним из важнейших показателей активности НКО является ее информационная деятельность, активность в публичном, медийном пространстве.

Как показали результаты проведенного исследования, почти две трети НКО представлены в сети Интернет.

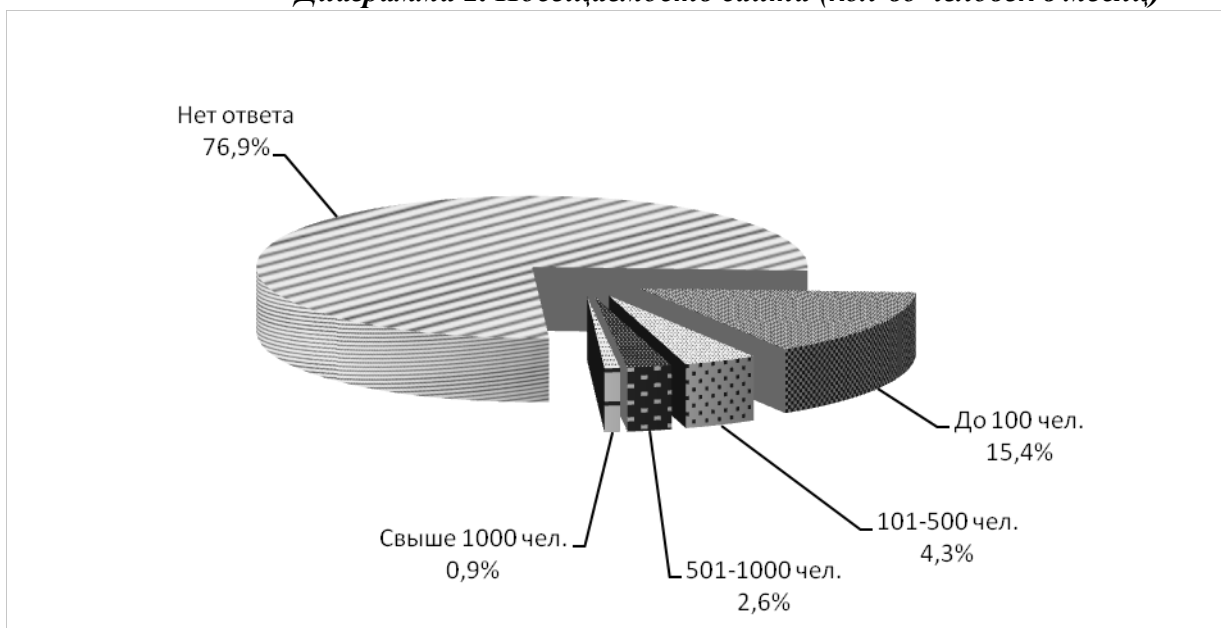
Диаграмма 1. Наличие сайта у организации



Тем не менее, более, чем треть региональных НКО не используют этот важнейший канал информирования общественности.

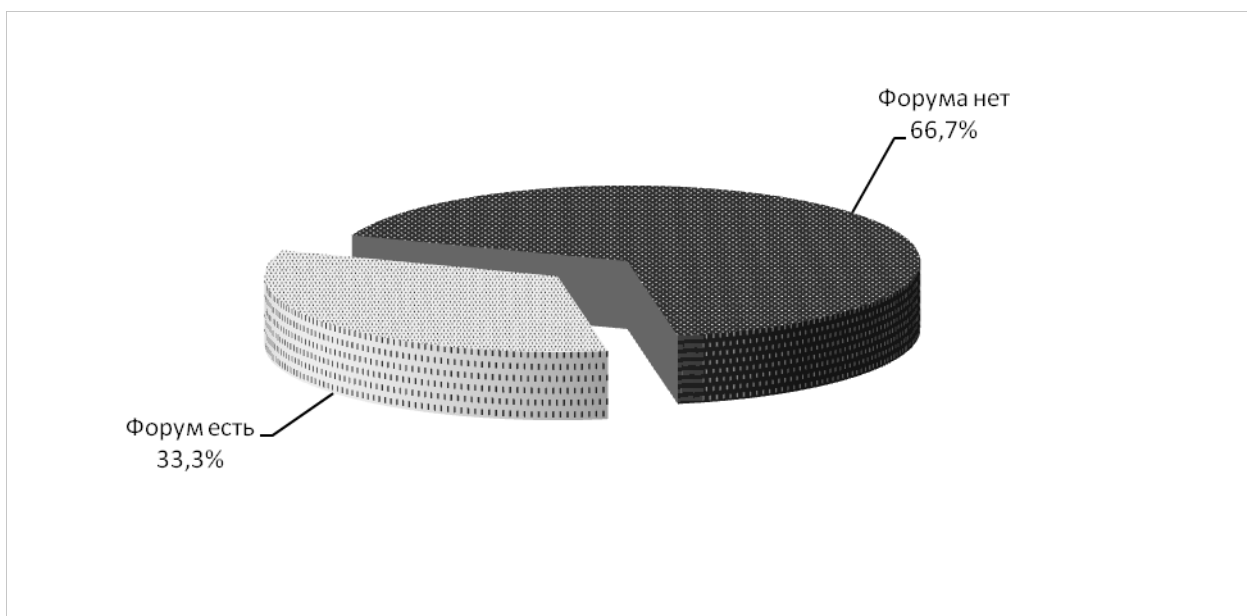
Подавляющее большинство опрошенных руководителей региональных НКО не смогли хотя бы примерно оценить уровень посещаемости своего электронного ресурса. Однако даже у тех НКО, которые отслеживают показатели посещаемости, количество посетителей сайтов не превышает в среднем 100 человек в месяц. Это свидетельствует о довольно низкой популярности данных каналов коммуникации у населения региона.

Диаграмма 2. Посещаемость сайта (кол-во человек в месяце)



Кроме того, необходимо отметить, что использование электронных каналов коммуникации с аудиторией у НКО носит скорее односторонний характер: у большинства сайтов НКО нет площадок для общения с посетителями, для получения обратной связи, обсуждения актуальных проблем.

Диаграмма 3. Наличие форума на сайте



В тех же случаях, когда форум на сайте функционирует, подавляющее большинство опрошенных не смогли назвать примерное количество его участников. Из 200 опрошенных НКО только 7 смогли это сделать, причем в большинстве случаев число посетителей форума не превышает в среднем 100

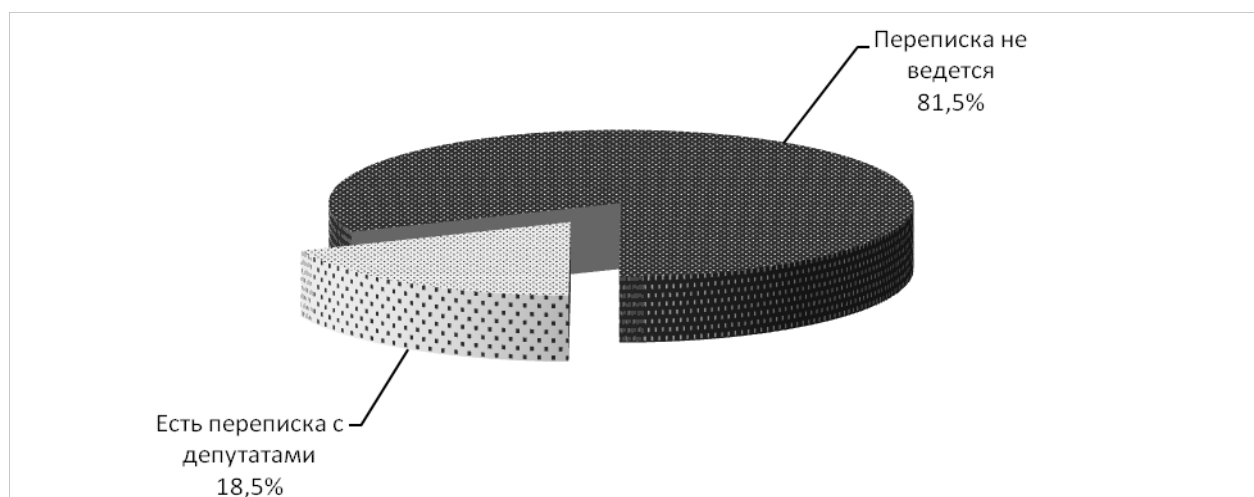
человек в месяц. Это может свидетельствовать о не достаточной эффективности использования данного канала информирования о своей деятельности, информационного взаимодействия с разными группами общественности.

Недостаточно активно используют в своей информационной деятельности НКО и такие популярные в настоящее время каналы коммуникации, как различные социальные сети. Так среди опрошенных 20 НКО у 18 нет аккаунтов в социальных сетях.

При этом среди клиентов НКО наибольшей популярностью пользуется сеть «Вконтакте», далее следуют «Одноклассники» и «Фейсбук».

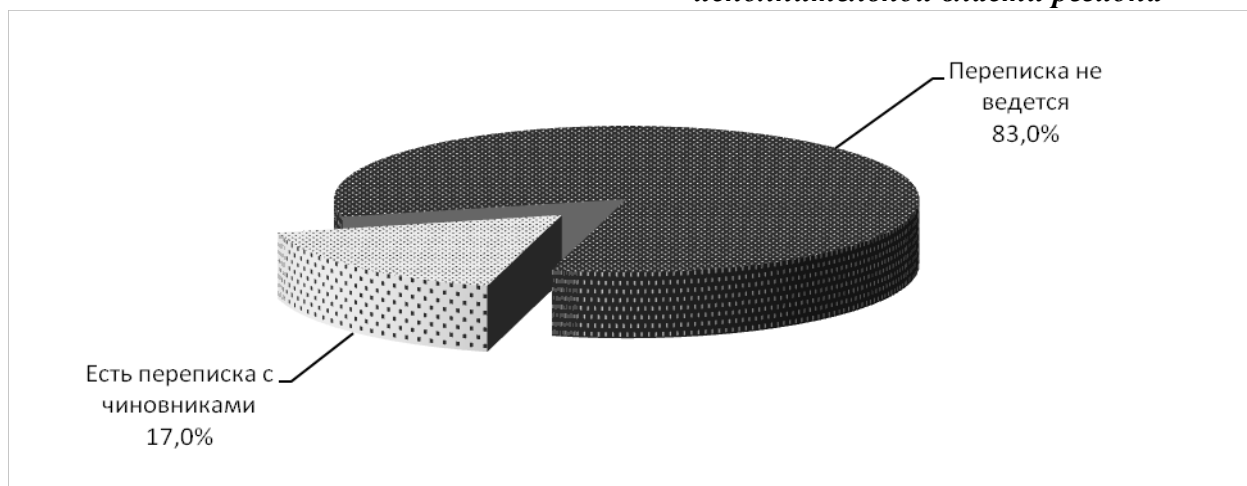
Подавляющее же большинство опрошенных НКО не используют такой метод взаимодействия с региональной властью как коммуникация в социальных сетях.

Диаграмма 4. Наличие электронной переписки с представителями законодательной власти региона



Так как такой метод взаимодействия широко доступен и не требует затраты ресурсов, можно полагать, что его не распространенность является следствием недостаточной возможности для НКО коммуницировать между собой и обмениваться опытом.

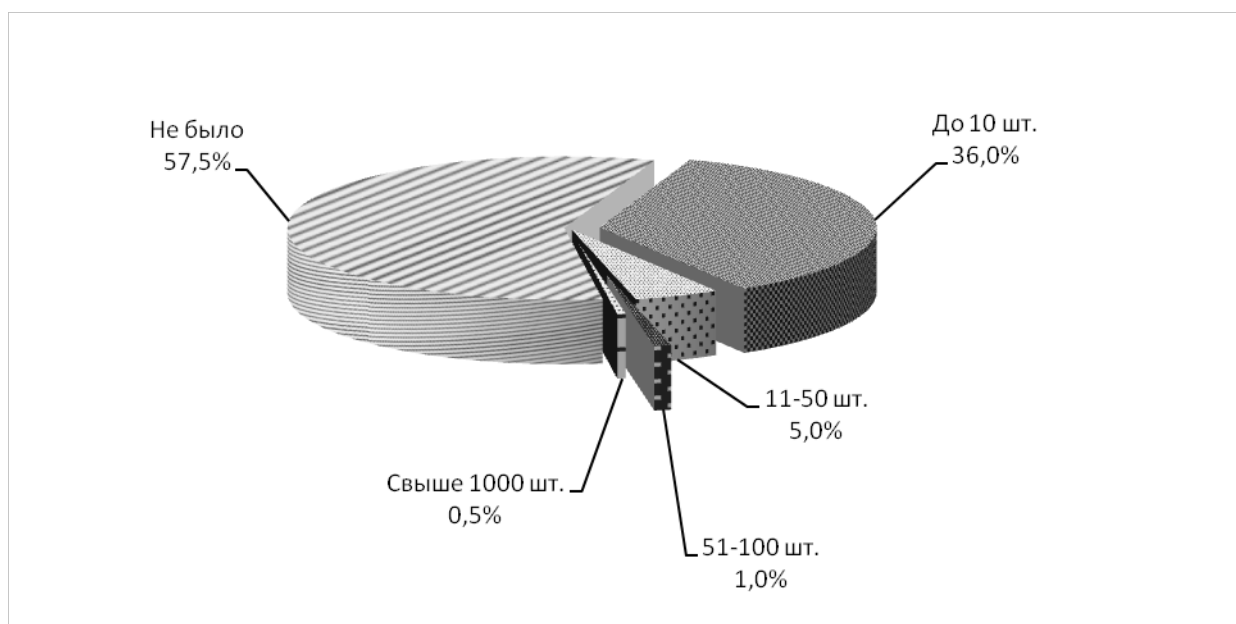
Диаграмма 5. Наличие электронной переписки с представителями исполнительной власти региона



В традиционных масс медиа представленность информации о деятельности НКО также нельзя назвать высокой.

Так, по данным проведенного исследования, две трети НКО не инициировали каких либо публикаций в печатных и электронных СМИ в прошлом 2014 году.

Диаграмма 6. Количество материалов о НКО в печатных СМИ за 2014 год

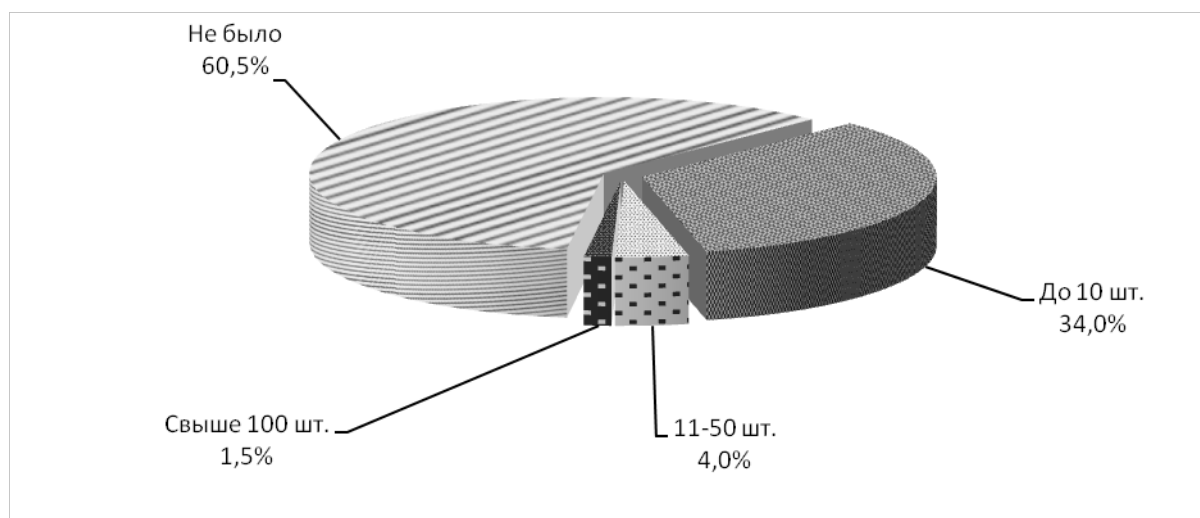


Безусловно, такие показатели низкой информационной активности у исследуемых НКО связаны, с одной стороны, с тем, что некоммерческие организации, как правило, ограничены в средствах. А размещение материалов в СМИ часто требует больших материальных затрат. С другой стороны, в общественном секторе ощущается нехватка специалистов в сфере связей с общественностью, которые могли бы помочь НКО выстраивать постоянную работу

по информационному сопровождению их деятельности, помогая налаживать отношения и с журналистами.

Очевидно, с перечисленными выше проблемами нехватки материальных и кадровых ресурсов связано и то, что подавляющее большинство НКО не имеют собственных периодических изданий.

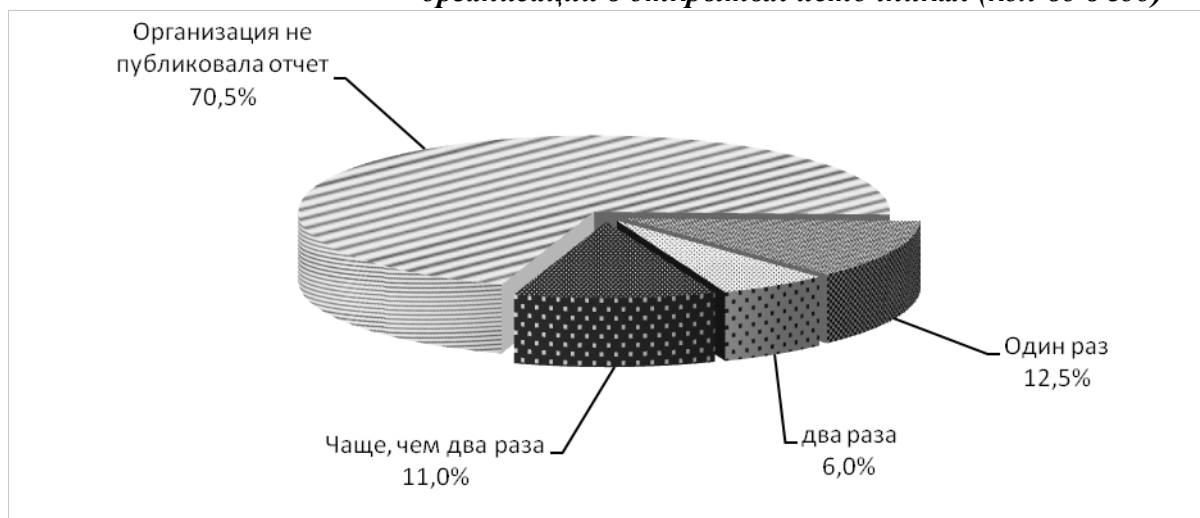
Диаграмма 7. Количество материалов о НКО в электронных изданиях за 2014 год



Информировать общественность, в том числе и представителей властных структур, о своей деятельности, повышать уровень своей известности НКО могут и с помощью различного рода печатной продукции. Как показало исследование, региональные НКО в подавляющем большинстве не используют данный канал информационного взаимодействия. Так в прошедшем году из 20 опрошенных НКО 16 не выпустили ни одного буклета, 19 – ни одной методички, 19 – ни одной монографии.

Конечно, выпуск подобной печатной продукции требует дополнительных денежных затрат, которых у большинства НКО нет. Однако, по данным исследования, многие организации не используют даже такие каналы информирования о своей деятельности, которые не требуют особых материальных средств. Так, например, в прошедшем году более двух третей НКО не публиковали отчеты о своей деятельности в каких-либо открытых источниках.

Диаграмма 8. Частота публикации (размещения) отчетов о деятельности организации в открытых источниках (кол-во в год)



Использование каналов письменной коммуникации в деятельности пациентских НКО.

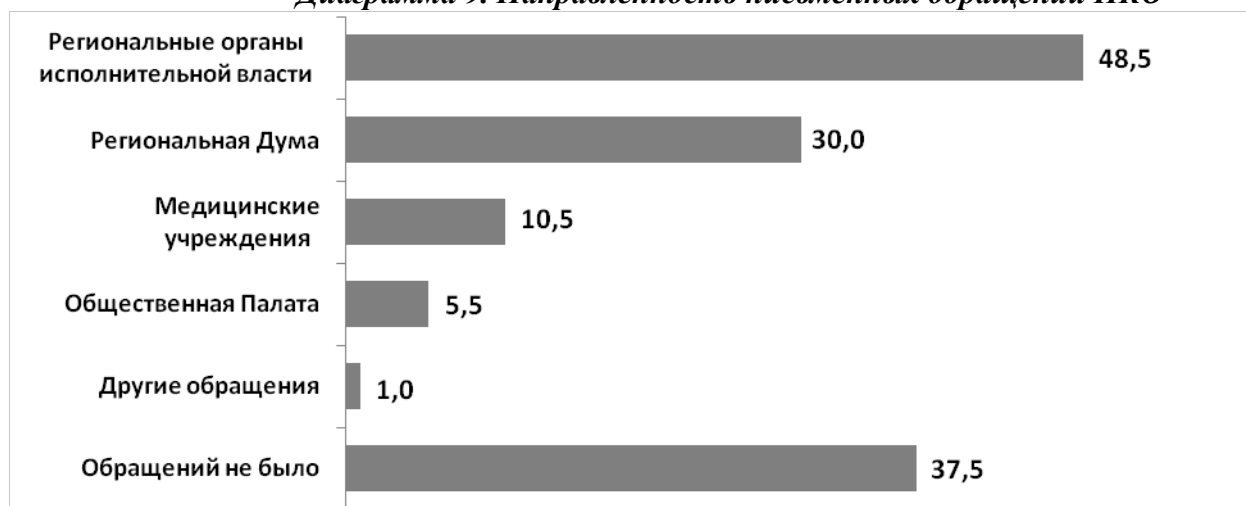
Важным показателем активности НКО и в первую очередь активности в правовой сфере является взаимодействие организации с внешними целевыми группами посредством работы с различного рода обращениями, письмами, запросами. НКО являются посредниками в общении между населением, интересы отдельных групп которого и представляет организация, и органами власти. Таким образом, важны для анализа информационные потоки, идущие в организации от населения, и каналы письменной коммуникации с органами государственного управления разных уровней и ветвей власти.

Как показало исследование, многие НКО не уделяют внимание ведению статистики обращений к ним со стороны населения. Так из 20 НКО, принявших участие в опросе, 8 не смогли назвать примерное количество обращений, поступивших в организацию от граждан за прошедший год, а у 5 НКО подобных обращений вообще не было.

Те организации, которые смогли оценить объем поступающих к ним обращений со стороны населения чаще называли цифры в пределах от 10 до 200 обращений за год. Очевидно, что такие довольно низкие показатели использования данного канала коммуникации с обществом могут быть связаны, с одной стороны, с отсутствием у НКО системы учета обращений. С другой стороны, такие обращения могут поступать в других формах, в том числе неформальных, которые вообще сложно поддаются учету: телефонные звонки, жалобы, высказанные на проводимых организацией мероприятиях и т.п. Однако, очевидно, что более формализованная и выстроенная система учета входящей корреспонденции от населения могла бы помочь НКО более основательно и системно аргументировать свои требования, запросы, обращенные в органы государственного управления.

Письменная коммуникация организаций с властными структурами в большей степени подвергается учету. Хотя 8 НКО, принявших участие в исследовании, заявили, что за прошедший год не направляли в различные государственные инстанции письменных обращений, большинство организаций все-таки активно используют такую форму влияния на деятельность органов государственного управления в сфере здравоохранения.

Диаграмма 9. Направленность письменных обращений НКО



Чаще всего НКО направляют свои обращения, запросы, письма в региональные органы исполнительной власти, профильные министерства, департаменты: почти половина опрошенных руководителей НКО, которые применяют эту форму работы, отметили, что использовали данный канал воздействия на власть в прошедшем году.

Интересно, что реже всего НКО обращаются в общественные палаты, созданные при различных структурных подразделениях органов государственного управления в регионе. Возможно, это связано с тем, что некоммерческие организации не уверены в достаточном уровне полномочий, которыми обладают подобные институты гражданского общества для решения актуальных проблем НКО.

По данным исследования, несмотря на то, что данный канал для общения с властью применяется НКО в половине случаев, частота его использования в деятельности организаций скорее низкая: более 80% НКО, применяющих эту форму общения с властными структурами, за прошедший год направили в региональные органы исполнительной власти от 1 до 2 подобных обращений.

Таблица 6. Количество обращений в региональные органы исполнительной власти

Количество обращений	Доля, в %
1	57,4
2	22,9
3	11,5
4	4,2
7	1,0
10	1,0
30	1,0
150	1,0
Всего	100,0

Такая же ситуация наблюдается и с обращениями и в другие ветви региональной власти: по 1-2 обращения направляли в региональные думы 80% НКО, использующих данную технологию в своей деятельности.

Каналы письменной коммуникации используются в деятельности НКО не только в одном направлении, а именно для отправки писем, запросов в органы государственного управления, но и в обратном также: организации сами получают запросы, письма от властных структур. Такая форма работы призвана, с одной стороны, поддерживать обратную связь, информировать власть об актуальных проблемах. С другой стороны, сам факт обращения властных структур к организации может свидетельствовать о том, что НКО обладает определенным уровнем известности в регионе, кроме того, проблема, по которой происходит общение, заинтересовала власть и она готова начать процесс обсуждения, диалога.

По данным проведенного исследования представители законодательной власти региона чаще обращаются с различного рода запросами в региональные НКО.

Диаграмма 10. Количество запросов полученных НКО от законодательной власти

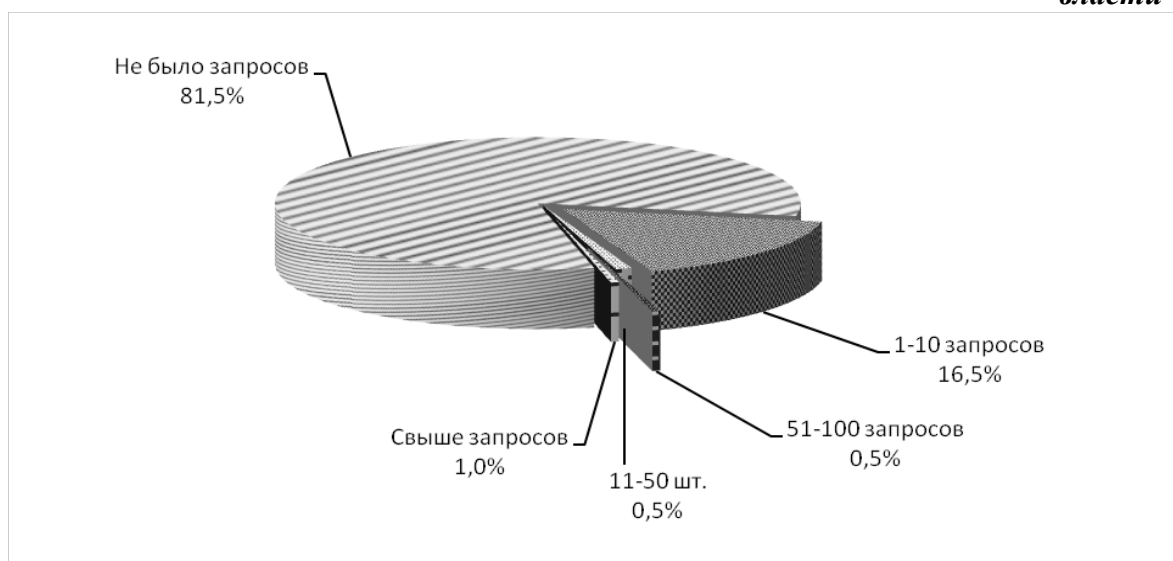
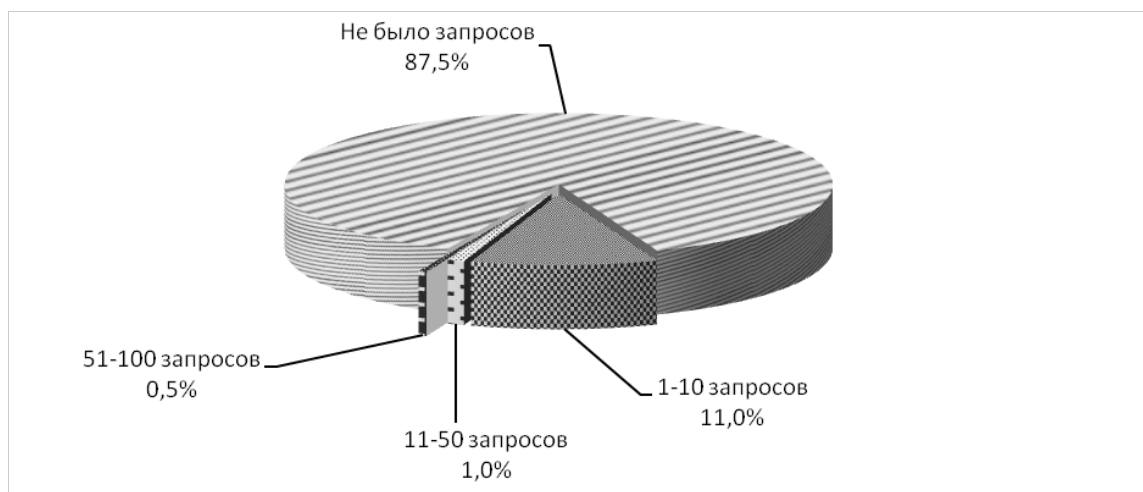


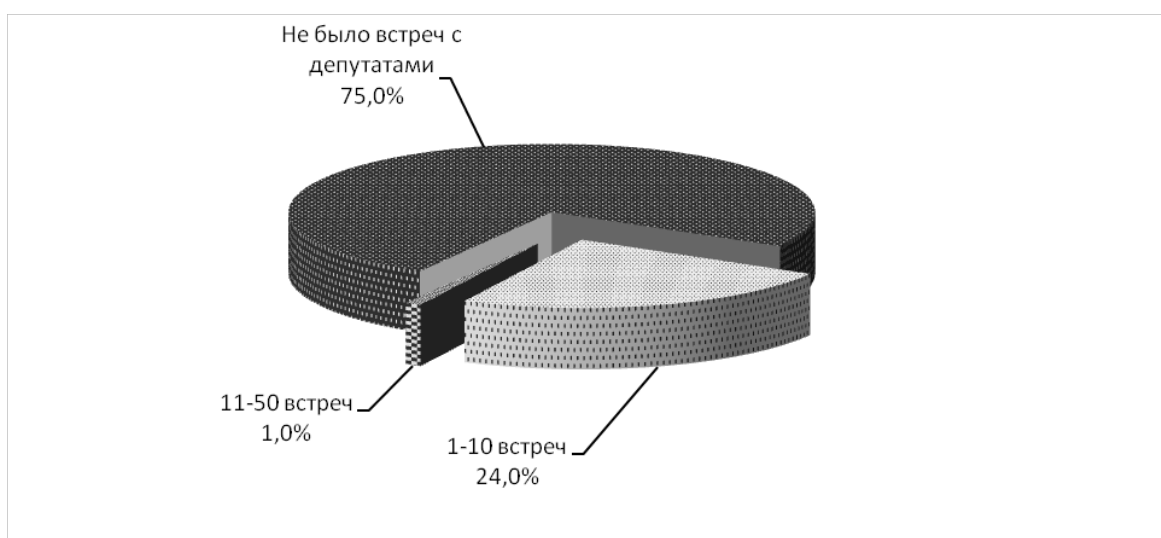
Диаграмма 11. Количество запросов полученных НКО от исполнительной власти



Чуть большая активность депутатского корпуса в общении с региональными НКО связана, прежде всего, со спецификой их деятельности, которая предполагает заинтересованность в решении проблем своих избирателей, ведение диалога с гражданским обществом, привлечение внимания к важным региональным проблемам. Все это требует большую общественную, публичную активность.

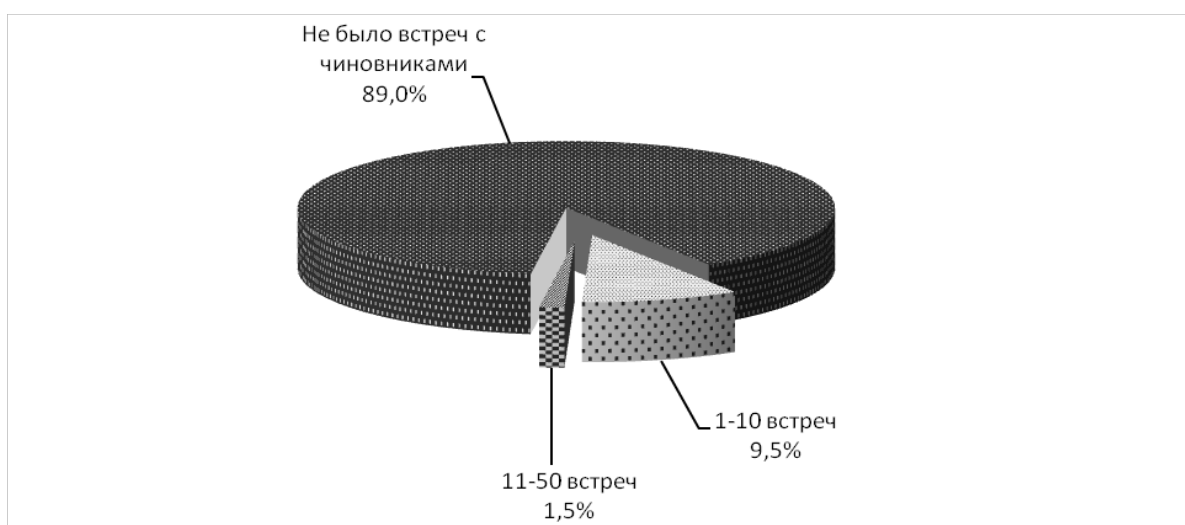
В силу вышеназванных причин чаще происходят и встречи представителей НКО и депутатов региональных дум. Так четверть опрошенных НКО в прошедшем 2014 году встречались с депутатами.

Диаграмма 12. Количество встреч представителей НКО с депутатами региональных дум



С представителями региональной исполнительной власти НКО контактируют несколько реже: лишь пятая часть организаций, принявших участие в исследовании, отметили наличие таких встреч в прошедшем году.

Диаграмма 13. Количество встреч представителей НКО с региональными чиновниками

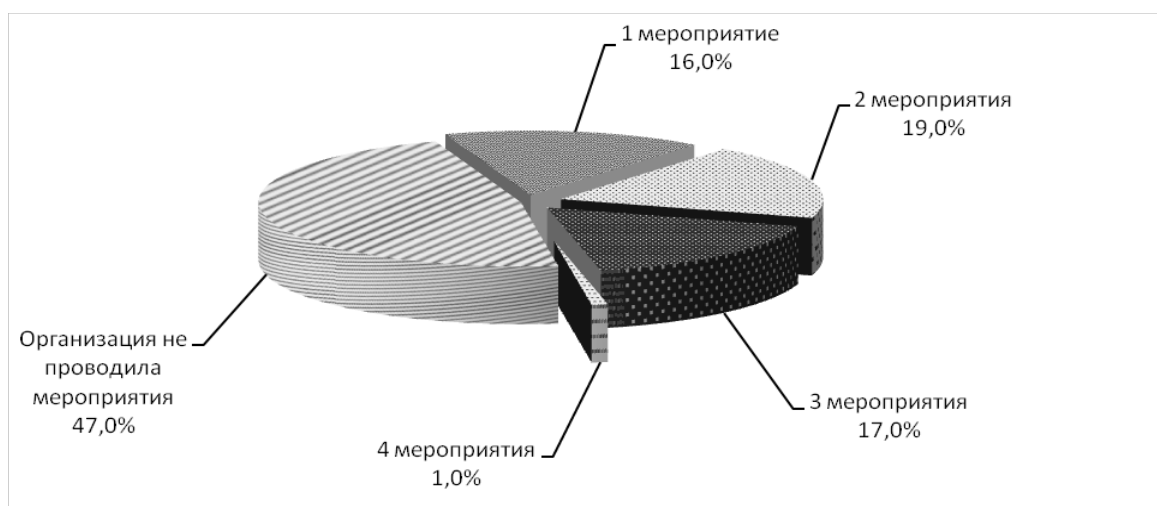


Правовая активность НКО во взаимодействии с органами власти

Еще одним способом запрашивать и получать правовую поддержку, защищать права граждан, влияя на формирование государственной политики в сфере здравоохранения для НКО является организация и проведение различного рода мероприятий с участием представителей властных структур. На таких мероприятиях не только обсуждаются актуальные для пациентского сообщества региона, страны проблемы, но и происходит процесс коммуницирования между заинтересованными участниками диалога: властью, экспертным сообществом (в том числе медицинским) и третьим сектором.

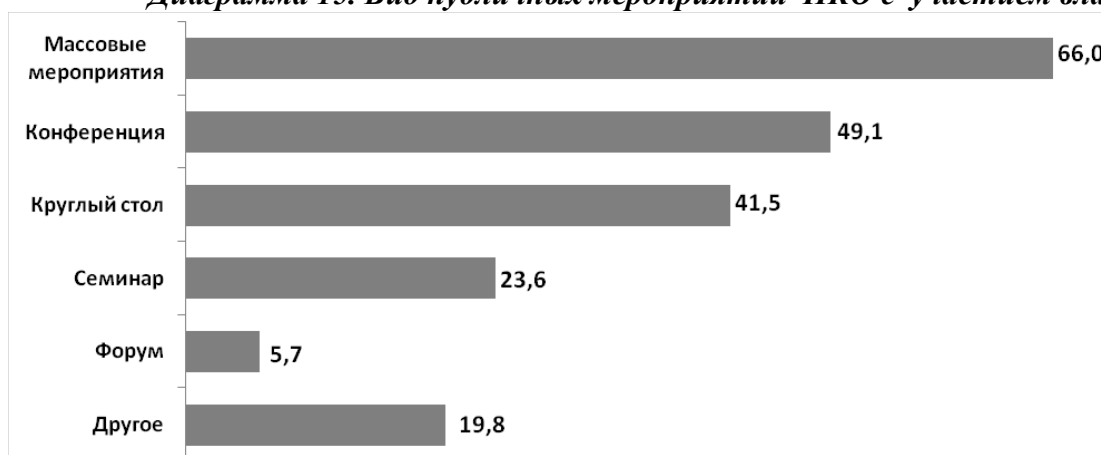
Как выяснилось, региональные пациентские организации довольно активно используют данный механизм оказания влияния на власть. Более половины опрошенных НКО, в прошлом 2014 году проводили публичные мероприятия с привлечением представителей власти.

Диаграмма 14. Количество проведенных НКО публичных мероприятий с участием власти



Правда, подобные мероприятия организации, как правило, проводят не более трех в год. Чаще всего НКО приглашают представителей власти на проводимые массовые мероприятия для населения (тематические, спортивные, культурно-развлекательные мероприятия и др.), конференции и круглые столы.

Диаграмма 15. Вид публичных мероприятий НКО с участием власти

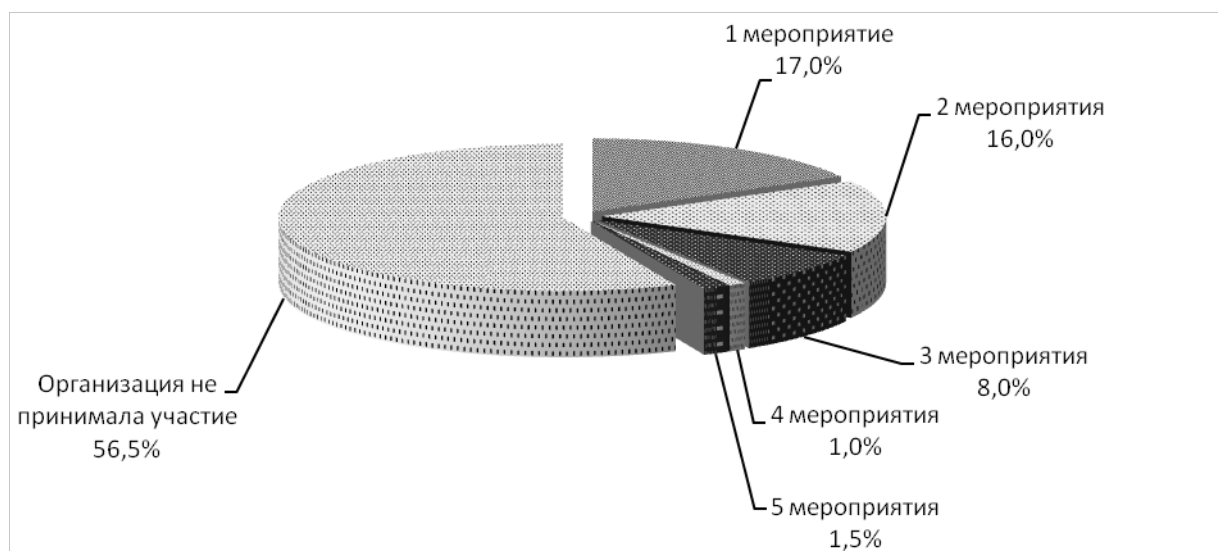


Чаще всего подобные мероприятия посещали представители муниципальной и региональной власти, реже – федеральной.

Присутствие представителей региональной и муниципальной властей на мероприятиях, проводимых НКО, не только повышает статус самого мероприятия, что в свою очередь способно привлечь внимание к нему журналистов, но и свидетельствует об определенном уровне известности самой организации, либо значимости тематики организованного события. Подобные мероприятия становятся площадкой для обсуждения актуальных проблем, обмена мнениями и опытом, а также возможностью повлиять на власть, на процесс принятия решений органами государственного управления в сфере здравоохранения.

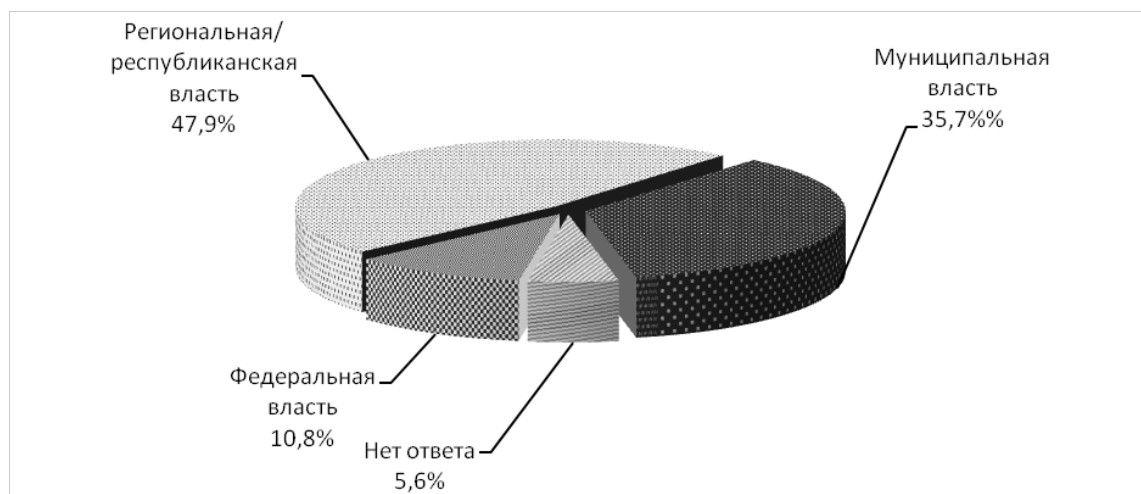
Помимо организации и проведения собственных мероприятий, НКО могут принимать участие и в мероприятиях партнеров, где присутствуют представители властных структур. Это также является важным средством воздействия на власть, поскольку дает возможность высказать свое мнение, заявить о своей позиции и повысить уровень известности организации в региональном сообществе.

Диаграмма 16. Количество мероприятий с участием представителей власти, которые посетили НКО



Проводимые партнерами НКО мероприятия чаще всего имели областной/краевой/республиканский или городской статус.

Диаграмма 17. Количество представителей разных уровней власти на мероприятиях, проводимых партнерами



Если приглашение представителей властных структур на проводимые НКО мероприятия или участие в подобных мероприятиях партнеров является все же средством опосредованного влияния на власть, то работа в различного рода общественных советах, созданных при органах государственного управления - это более действенный способ оказать воздействие на процесс принятия решений в сфере здравоохранения.

Несмотря на то, что такие общественные советы созданы во всех субъектах РФ, тем не менее почти половина опрошенных НКО заявили, что в 2014 году не принимали участие в работе подобных структур. Из тех организаций, которые использовали данную технологию влияния на власть, большинство состоят в общественных советах при региональных министерствах/департаментах здравоохранения (41,0%), либо при территориальных органах Росздравнадзора (29,5%).

Таблица 7. Участие НКО в региональных Общественных советах

В каких региональных Общественных советах состоят Вы или другие представители Вашей организации?	Доля, в %
Общественный совет при Министерстве здравоохранения региона	40
Общественный совет при местном Росздравнадзоре	20
Общественный совет при Главе города	2
Общественный совет при Губернаторе области	5,0
Общественный совет при региональной Думе	2
Общественный совет по делам инвалидов	5
Не состоим в Общественных советах региона	40

Формы участия в работе общественных советов могут быть различными в зависимости от уровня влияния:

- участие в руководстве совета;
- постоянное членство;
- экспертное участие;
- участие в повестке дня заседания.

Очевидно, что если представитель НКО входит в руководство того или иного общественного совета, то у организации есть больше возможностей продвигать интересы своего пациентского сообщества при обсуждении, принятии управленческих решений. Постоянное членство в совете дает НКО возможность быть в курсе всех актуальных проблем региона. Экспертное участие (представители организации приглашаются на заседания совета в качестве экспертов в той или иной области) носит эпизодический характер, однако является показателем известности и авторитетности организации в региональном сообществе. Участие в повестке дня заседания совета также дает возможность озвучить свою позицию и повлиять на ход обсуждения, на процесс принятия решения.

Чаще всего представители региональных НКО являются постоянными членами общественных советов, созданных при различных органах государственного управления.

Таблица 8. Форма участия НКО в региональных Общественных советах

В какой форме Вы или другие представители Вашей организации участвовали в работе различных Общественных советов в прошедшем году	Участие в руководстве Советом	Участие в повестке дня	Экспертное участие	Постоянное членство
Общественный совет при Министерстве здравоохранения региона	2	13	2	65
Общественный совет при местном Росздравнадзоре	4	5	0	50
Общественный совет при Главе города	0	0	0	5
Общественный совет при Губернаторе области	0	1	0	9
Общественный совет при региональной Думе	0	1	0	2
Общественный совет по делам инвалидов	0	0	0	6
Общественный совет другое	5	4	2	18

Гораздо реже представители НКО входят в состав руководства советами, тем самым не используя возможность оказывать более сильное влияние на властные структуры.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что региональные НКО не достаточно эффективно используют возможности данного канала коммуникации с

властью. Почти половина вообще не участвует в работе советов при органах государственного управления региона, города. В остальных же случаях большинство НКО имеют статус постоянных членов, которые не имеют таких лоббистских возможностей, как руководство советов.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что в настоящее время информационная активность большинства опрошенных НКО довольно низкая (необходимо помнить что выборка не является репрезентативной и опрашивались представители наиболее активных НКО – членов и партнеров Всероссийского союза пациентов).

С одной стороны, в силу ограниченности финансовых средств многие НКО не могут размещать материалы о своей деятельности, проводимых мероприятиях в СМИ; не могут информировать различные группы общественности через печатную продукцию (буклеты, методички и т.п.). С другой стороны, НКО не активно используют и те каналы коммуникации, которые не требуют больших материальных затрат. Так многие организации не задействуют возможности социальных сетей, не повышают интерактивность своих Интернет-ресурсов, не размещают отчеты в открытых источниках.

В результате возникает ситуация, когда организация, осуществляя свою деятельность по защите прав различных групп населения, оказанию им помощи, не обращает необходимого внимания на информационное сопровождение проводимых мероприятий, акций и т.п.

Следствием низкого уровня активности становится малая известность НКО, как следствие малая ее авторитетность, малая включенность в общественное и общественно – государственное взаимодействие, малые возможности привлечения ресурсов и итогом – является слабость НКО как точки выражения мнения пациентов, коммуникативной связи между группой граждан и государственными структурами, средства защиты прав пациентов и оптимизации государственной системы услуг.

Таким образом, от низкой информационной активности НКО проигрывают все.

Результативность правовой активности НКО

Одним из важнейших показателей эффективности НКО, является то, насколько она представляет мнение и запросы своих целевых групп и защищает их интересы с одной стороны через правовую поддержку клиентов, с другой стороны – через получение правовой поддержки от государства. При этом последняя выражается не только и не столько в пассивном получении информации от органов власти, сколько в возможностях НКО воздействовать на правовой, нормативный ландшафт, обеспечивающий наилучшую реализацию прав граждан как пациентов.

В этой связи правовая инициатива НКО, активность социально ориентированных общественных организаций во взаимодействии с органами власти с целью оптимизации общественно-государственной системы оказания услуг гражданам должна быть сферой особого внимания исследователей, методологов и практиков- организаторов деятельности социально ориентированных НКО.

Мерилом эффективности деятельности НКО в этой сфере является то, какие меры принимаются органами государственного управления в виде распоряжений, принятых законопроектов, вынесенных судебных решений и т.п. по итогам обращений НКО.

В ходе настоящего исследования мы рассмотрели два основных показателя результативности деятельности НКО: количество обращений, которые были приняты государственными структурами разных уровней и ветвей власти к рассмотрению и количество решений, вынесенных по результатам обращений НКО в виде удовлетворения требований заявителей полностью или частично, внесения поправок в разрабатываемые нормативно-правовые акты (далее НПА), удовлетворение судебных исков и т.п.

По собранным данным, чаще всего НКО обращаются в региональные органы исполнительной власти, реже всего – в Общественную Палату.

Таблица 9. Результаты рассмотрения письменных обращений НКО в различные структуры

В какие структуры Ваша организация за последний год направляла письменные обращения?	Кол-во обращений	Кол-во удовлетворено полностью обращений	Кол-во удовлетворено частично обращений	Кол-во обращений направлено по инстанциям	Кол-во обращений зарегистрировано, в стадии рассмотрения	Кол-во отклонено обращений
Региональные органы исполнительной власти (Министерство здравоохранения, социальной политики и др.)	345	279	35	3	16	12
В региональную Думу (депутатам, в Комитеты и др.)	217	163	35	9	7	3
Общественная Палата	14	11	2	0	0	1
Медицинские учреждения	46	34	6	4	0	2

Очевидно такая ситуация связана с тем, что именно органы исполнительной власти региона имеют необходимые полномочия и финансовые возможности для решения проблем, с которыми обращаются к ним НКО.

И как показывает практика обращений к исполнительной власти, такой метод решения проблем членов НКО, пациентского сообщества, которое представляет организация, довольно эффективна: свыше 90% обращений, поступивших в региональные властные структуры были полностью или частично удовлетворены. Примерно такие результаты обращений в другие властные структуры и организации.

Количество отклоненных обращений невелико, что может свидетельствовать о довольно высокой степени эффективности данного метода в работе НКО. Однако, как показали результаты проведенного исследования, из 20 опрошенных НКО 6 за прошедший 2014 год не направили ни одного обращения в региональные органы исполнительной власти; 9 НКО не обращались в региональные Думы, 11 – в Общественную палату региона и 4 – в различные медицинские учреждения. Таким образом, можно сделать вывод о том, что региональные НКО не всегда достаточно активно используют в своей деятельности такую форму работы с властью.

Еще одним показателем эффективности воздействия НКО на власть является участие в разработке нормативно-правовых актов (далее НПА). Как показало исследование, данную форму участия в принятии государственных решений, взаимодействия с органами законодательной власти использовали в прошедшем 2014 году лишь чуть менее половины опрошенных НКО.

Таблица 10. Показатели участия НКО в разработке НПА

Количество НПА	Доля, в %
1	15
2	15
3	5
5	5
10	5
Организация не принимала участие	55
Всего	100,0

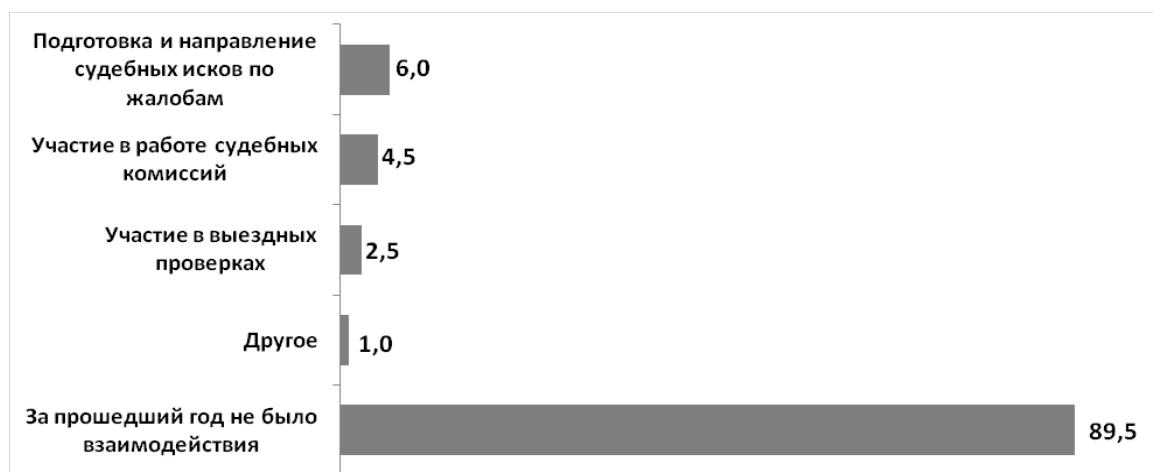
Большинство из НПА, в работе над которыми принимали участие НКО, носили региональный характер. В разработке федеральных НПА приняли участие лишь 2 НКО.

Всего за прошедший год опрошенные НКО приняли участие в разработке 58 региональных НПА и 3 федеральных. Преимущественно некоммерческие организации принимали участие в обсуждении готовящихся нормативно-правовых актов. На региональном уровне организации также вносили поправки и участвовали в принятии проекта НПА.

Основной формой взаимодействия НКО с судебной властью является подготовка и направление в суд судебных исков по жалобам граждан. Таким образом организации отстаивают права и интересы своих благополучателей, членов организации, людей, которые самостоятельно не могут в силу ряда причин защищать нарушенные права.

Как показали результаты проведенного исследования, подавляющее большинство опрошенных НКО не используют данный механизм защиты прав граждан в своей работе. Лишь 7 из опрошенных НКО осуществляли в прошедшем году взаимодействие с судебной властью. Чаще всего некоммерческие организации участвуют в подготовке и направлении судебных исков по жалобам граждан.

Диаграмма 18. Формы взаимодействия НКО с судебной властью



Очевидно, такая низкая активность НКО в работе органами судебной власти связана с необходимостью определенных ресурсов, которых нет у общественных организаций: кадровых (квалифицированных юристов), временных, финансовых.

Всего за прошедший год по данным исследования НКО подготовили и передали в суд 42 иска.

По заявлениям НКО, принявших участие в опросе, по 31 из 22 поданных исков судебными органами было вынесено решение. Причем в 27 случаях иски были удовлетворены.

Помимо обращений непосредственно в региональные органы государственного управления разных ветвей власти НКО могут использовать в своей деятельности и методы опосредованного влияния на власть с целью привлечения внимания к своим требованиям, проблемам, запросам и т.п. Чаще всего общественные организации прибегают к таким методам воздействия на региональную власть, как обращения в вышестоящие федеральные органы власти и участие в пресс-конференциях, которые, являясь публичными мероприятиями, способны привлечь внимание общественности к актуальной для НКО проблеме.

Однако, больше двух третей опрошенных НКО не используют этих мер воздействия на власть в своей деятельности. Хотя, как показывает практика апеллирования к вышестоящим инстанциям и к общественности через каналы массовой коммуникации, это воздействие можно назвать эффективным.

Так, по данным исследования, большая часть из поданных обращений в вышестоящие федеральные органы власти была удовлетворена. Процент отклоненных, не замеченных – незначителен.

Таблица 11. Результаты рассмотрения обращений НКО в различные структуры

Вид обращений	Кол-во поданных обращений	Кол-во удовлетворенных обращений (полностью или частично), материалов, на которые была реакция со стороны власти	Кол-во отклоненных обращений, оставшихся без внимания властей	Кол-во обращений, по которым ответа пока нет
Обращения в федеральные органы власти (Счетная палата, федеральные министерства и т.п.)	40	26	2	1
Обращения в органы гражданской правозащиты (уполномоченный по правам человека, правозащитные НКО, международные органы правозащиты)	25	16	2	6
Обращения в политические институты (партии и т.п.).	25	21	1	5
Обращения в федеральные НКО	9	10	1	0
Участие в пресс-конференциях (обращение с проблемой)	22	20	5	1
Публикация материалов в официальных СМИ (обращение с проблемой)	29	20	0	0
Публикация материалов в неофициальных СМИ (обращение с проблемой)	24	19	0	0
Размещение открытых писем (в СМИ, в интернет-источниках);	28	26	0	1

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в своей деятельности НКО не активно используют методы непосредственного влияния на органы государственного управления. Хотя, в тех случаях, когда это воздействие осуществляется, оно демонстрирует свою эффективность. Региональные органы государственного управления в большинстве случаев реагируют на обращения НКО. Влияние с использованием рычагов федеральной власти и каналов массовой коммуникации также является довольно эффективным. Все эти технологии НКО необходимо осваивать и более активно использовать в своей деятельности.

Запрос НКО и представляемых ими целевых групп на правовую поддержку

В связи с рассмотренными выше достижениями и недостатками информационной, правовой активности пациентских НКО, в рамках задач проекта «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты» необходимо оценить также запрос пациентских НКО и представляемых ими целевых групп пациентов на правовую поддержку со стороны внешних партнеров.

Направления помощи, актуальные в разных социальных группах

В целом, как показывает анализ, актуальные потребности пациентов в помощи – это 1) информирование о правах в связи с инвалидностью; 2) помощь при взаимодействии с различными социальными субъектами (медучреждениями, бюро МСЭ, коммунальными и другими службами, в том числе детскими учреждениями); 3) повседневная помощь дома, помощь приходящего работника (в быту, в отслеживании побочных эффектов от препаратов); 4) помощь с получением образования и трудоустройством.

В отличие от первых двух групп потребностей в прямой помощи за этой декларацией стоят инвалиды, которые готовы к активной самостоятельной жизни и нуждаются в том, чтобы общество дало им такую возможность. Более требовательны к вопросам информированности о своих правах в связи с инвалидностью пациенты допенсионного возраста, с более высоким уровнем образования, недавно заболевшие, больные орфанными заболеваниями и рассеянным склерозом. Также остро нуждаются в информировании о своих правах те, кто проживает в специализированном медицинском учреждении – здесь большинство опрошенных указали на эту потребность.

Основными направлениями помощи, актуальными для разных социальных групп, являются:

- Помощь при взаимодействии с врачами, бюро МСЭ чаще актуальна для недавно заболевших, больных с нарушением слуха, сахарным диабетом, для людей без образования.
- Помощь при взаимодействии с социальными, коммунальными службами более востребована инвалидами с более тяжелыми формами заболевания, больными с нарушением слуха.
- Помощь в быту – в ней чаще нуждаются больные более тяжелыми формами заболевания, давно болеющие, пенсионеры, люди с низким уровнем жизни.
- Помощь в регистрации побочных эффектов чаще актуальна для больных сахарным диабетом, рассеянным склерозом.
- Помощь с работой более актуальна для больных с высшим образованием.

Меньше других нуждаются в помощи от общественных организаций, по их заявлениям, инвалиды более легких форм заболеваний (третьей группы), те, кто работает (особенно имеет собственный бизнес) и имеет более высокий уровень жизни, пациенты с сахарным диабетом, онкологические больные и, как ни странно на первый взгляд, пенсионеры (за исключением повседневного быта: здесь пенсионеры больше нуждаются в помощи).

Пациентская активность прямо пропорциональна проблемам: лидеры и активисты гораздо больше говорят о проблемах, указывают на ситуации нарушения прав, ниже оценивают доступность медицинской помощи, в группе же не взаимодействующих с общественными организациями меньше тех, кто отмечает

наличие проблем. В этой связи можно сказать, что пациентская активность является одним из реперов качества услуг в сфере здравоохранения.

Проведенное исследование обнаружило несколько парадоксальную ситуацию: при очевидных объективных трудностях для человека с ограничениями в здоровье в сегодняшней российской среде жизнедеятельности общую картину социального самочувствия инвалидов нельзя назвать неблагоприятной. Несмотря на масштабы нерешенных задач в системе государственной поддержки инвалидов сами пациенты более позитивно смотрят на окружающую их среду. Возникает предположение, что в ситуации инвалидности наиболее распространенной жизненной стратегией становится вынужденное приспособление к ныне существующим условиям и изменение взгляда на них не как на неудобные и некомфортные условия, а как на данность, к которой нужно приспособиться и в которой нужно существовать. То есть человек с ограничениями в здоровье следует принципу: «не можешь изменить ситуацию – измени отношение к ней».

Информационные барьеры среды жизнедеятельности. Правовая информированность пациентов

Уровень правовой информированности пациентов остается низким. Более половины опрошенных осознают недостаток своих знаний о правах и льготах в связи с инвалидностью.

Более высокую информированность о различных аспектах жизнедеятельности и правах имеют работающие инвалиды молодого и среднего возраста, с более высоким уровнем образования, больные «со стажем». Активисты и лидеры общественных организаций более информированы в правовом поле. Лучше информированы о заболевании среди пациентов разных профилей больные сахарным диабетом, рассеянным склерозом, орфанными заболеваниями – это наблюдение косвенно свидетельствует об успехах информационных действий данных общественных пациентских организаций.

Около 40% опрошенных отметили, что им в течении года приходилось попадать в ситуации, когда нарушались их права в связи с инвалидностью.

Частота столкновения с ситуациями нарушения прав в связи с инвалидностью зависит от трех факторов. Один из них можно считать условным, он определяет уровень критичности и способность различать ситуации нарушения прав. Это уровень правовой осведомленности: чаще отслеживают ситуации нарушения прав более информационно подкованные инвалиды (более молодые, с более высоким уровнем образования, лидеры и активисты НКО).

Другой фактор попадания в ситуации нарушения прав – это уровень жизни. Уровень жизни отчасти отражает ресурсы человека; это традиционное «клеймо», определяющее отношение к человеку в обществе по размеру его кошелька.

Третий фактор, определяющий попадание в ситуации нарушения прав, – тяжесть заболевания и ограничения, которые оно накладывает на образ жизни и требования к среде. Чаще говорят о нарушении прав пациенты с более тяжелыми формами инвалидности (каждый второй среди инвалидов I группы), инвалиды, в силу заболевания больше ощущающие на себе ограничения среды – с орфанными заболеваниями, нарушением опорно-двигательного аппарата и зрения.

Характер и частота ситуаций, в которых происходит нарушение прав инвалидов, за три года не изменились. Нарушение прав инвалидов происходит, в первую очередь, в стенах центров медико-социальной экспертизы: самые распространенные проблемы – волокита в получении льгот, отказ в предоставлении полагающихся льгот, отказ в назначении адекватной группы инвалидности. Другая

сравнительно распространенная ситуация – прессинг со стороны общества: обидные замечания и оскорбления (каждый пятый инвалид сталкивается в жизни с негативной реакцией окружающих), безосновательный отказ в приеме на работу. Сохранение этих двух проблем свидетельствует о недостаточности толерантности, так до сих пор и не сформировавшейся в российском обществе в отношении инаковости.

Гражданская активность пациентов

Анализ включенности в деятельность общественных организаций показал, что довольно существенная часть инвалидов (в исследовании каждый четвертый) не знает местную пациентскую организацию и не в курсе ее действий. Взаимодействие с давно знакомыми активистами не связывается с общественной организацией, которую эти активисты представляют. Получая помощь и участвуя в мероприятиях, пациенты не соотносят эти действия с их организатором. Подпитывают эту ситуацию, с одной стороны, иждивенческие установки и потребительское поведение получателей помощи, с другой стороны, юридические барьеры, препятствующие оформлению членства пациентов в НКО. Формат условного «ассоциированного» членства, выбранный многими НКО, для того чтобы не тратить ресурсы на ежегодные сбор данных и сдачу отчетов о членах НКО - инвалидах в государственные органы, не способствует укреплению связей пациентов с общественными организациями.

Среди больных рассеянным склерозом, с нарушением слуха и зрения меньше всего тех, кто не связывает получаемую помощь с местной общественной организацией. Это один из показателей эффективности взаимодействия с получателями помощи данных общественных организаций.

Низкая идентификация действий пациентских организаций инвалидами отражается на их представлениях об эффективности этой деятельности. Существенная часть опрошенных затруднились в какой-либо оценке деятельности НКО, заявив, что не имеют об организациях никакого представления. Наименьшей известностью из общественных структур пользуются общественные советы при региональных министерствах здравоохранения: две третьих респондентов не знают об их существовании.

Лучше всего знают «свои» организации и выше их оценивают больные рассеянным склерозом, орфанными заболеваниями, сахарным диабетом и инвалиды с нарушениями слуха. Четкое понимание источника получаемой помощи и известность организации этих профилей – еще один критерий оценки качества их работы.

Членство в организации напрямую определяет лояльность к ней. Те опрошенные, кто является членом местной пациентской организации, существенно больше информированы о ее деятельности и выше ее оценивают.

Формы участия пациентов-активистов в работе общественных организаций традиционны – это повседневное взаимодействие с членами НКО, организация и проведение досуговых мероприятий, прием обращений и консультирование граждан, представление интересов организации на уровне города/области.

Возможности развития системы гражданского участия в здравоохранении

Абсолютное большинство инвалидов убеждены в необходимости общественного контроля за здравоохранением: только 13,5% опрошенных высказали мнение, что контролировать данную сферу должны соответствующие государственные структуры.

Основной аргумент за общественный контроль в здравоохранении – его возможности повысить качество медицины – в этом убеждено большинство инвалидов (72% опрошенных).

При общем понимании важности общественного контроля готовность лично включиться в эту работу невысока: готовы принимать участие в проверках медучреждений в качестве «Тайного посетителя» около 10% опрошенных, еще 12% ответов касались готовности участвовать в работе общественных комиссий. Участие большей части готовых включиться в эту работу носит пассивный характер: каждый третий опрошенный готов откликаться на анкетные опросы.

Готовы участвовать в общественном контроле, в первую очередь, больные с более высоким уровнем образования и те, кто уже сегодня вовлечен в эту работу. Среди инвалидов с разным профилем инвалидности наибольшую активность проявляют больные рассеянным склерозом, орфанными заболеваниями.

Развитие гражданской активности идет преимущественно силами активистов и лидеров НКО, поэтому особенности данной социальной группы нужно принимать во внимание. Активисты и лидеры НКО в сравнении с другими пациентами характеризуются следующим:

- в большей мере убеждены в необходимости общественного контроля по сравнению с теми, кто не является членом организаций;
- более информированы в правовом поле;
- более критичны в оценках медицинской помощи, лекарственного обеспечения, более недоверчивы к врачам, чаще указывают на проблемы, в том числе в нарушении прав инвалидов;
- имеют более благополучное самочувствие (настроение).

Самые важные направления общественного контроля, в представлении каждого второго инвалида, – это 1) контроль за соблюдением прав пациентов; 2) оценка качества и порядка оказания услуг в медучреждениях (55% и 49% ответов соответственно). Выделение этих задач вполне объяснимо: именно информирование о правах в связи с инвалидностью и помощь при взаимодействии с врачами на всех уровнях чаще всего отмечались опрошенными при ответе на вопрос об актуальных направлениях помощи.

Следующие по важности направления общественного контроля – это проверки по жалобам (36%), оценка оснащенности медучреждений (23%) и пропаганда знаний в правовой области (23% ответов).

Другие значимые направления общественного контроля детализируют тему проверок медучреждений (персональную оценку врачей отметили 17% опрошенных, оценку страховых медицинских компаний – 7,6%) и также касаются законотворческой деятельности (внесение предложений в действующие законы – 14% и оценка законопроектов – 7%).

Актуальные задачи развития общественного участия в здравоохранении

1. Повышение самоидентификации пациентов с пациентскими организациями на региональном и федеральном уровне.
2. Повышение известности общественных советов по защите прав пациентов при территориальных органах Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, региональных органах управления здравоохранением, иных региональных органах власти и общественно-государственных переговорных площадках.
3. Использование критичности оценок лидеров и активистов НКО (низкая оценка медпомощи, недоверчивое отношение к врачам) для выявления и

- разрешения актуальных задач в организации медицинской помощи инвалидам.
4. Использование массового пациентского ресурса для непосредственной «пользовательской» оценки качества и доступности услуг.
 5. Использование организационных возможностей некоммерческих организаций пациентов, общественных советов и иных общественных и общественно-государственных структур для инициации и координации процессов массовой пациентской оценки сферы здравоохранения.
 6. В системе медицинской помощи по месту жительства – направление усилий на смягчение проблем получения талонов, «живых очередей» на прием, получения направления на обследование и долгого ожидания диагностических процедур.
 7. В системе лекарственного обеспечения – установление акцента на разрешении вопросов платы за льготные лекарства, нехватки льготных лекарств в аптеке, задержек с выдачей препаратов и низкого качества льготных препаратов, замены эффективных, но дорогих лекарств более дешевыми и менее качественными аналогами.
 8. В работе с пациентами – уделять большее внимание правовому просвещению пациентов и их близких, поддержке их в ситуациях нарушения прав, вовлечения в работу общественных организациях. Особое значение в работе с пациентами имеет построение системы их реабилитации (трудовой, психологической, социальной) как продолжения медицинской помощи, комплексной работы по возвращению инвалидов в общество как полноценных членов.

1.3. Программа «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты»

Программа «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты» была разработана Всероссийским союзом пациентов (ВСП) на основе анализа активности пациентских НКО, их достижений и дефицитов, анализа ситуации в сфере общественной поддержки социально ориентированных НКО в сфере здравоохранения в целом, а так же с учетом требований Министерства экономического развития Российской Федерации к проектам – потенциальным получателям субсидий на конкурсе, ежегодно проводимом ведомством.

До начала реализации программа разрабатывалась и корректировалась авторами в течение двух лет – в 2013-2014 годах. В 2014 году проект получил одобрение Министерства экономического развития и был поддержан, в том числе, и бюджетными средствами, выделенными на 2015 год. При этом необходимо отметить, что проект изначально планировался не как «расходующий средства», а как «аккумулирующий» и базировался на значительных вложениях различных ресурсов (точная стоимость которых иногда трудно учитываема) со стороны Всероссийского союза пациентов, его членов и партнеров.

Цель программы:

Создание системы поддержки социально ориентированных российских НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

Задачи программы:

1. Повышение профессионализма СО НКО в 73 субъектах Российской Федерации.

2. Обеспечение СО НКО актуальной, регулярно обновляемой информацией, консультациями с ведущими специалистами по вопросам защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

3. Обеспечение взаимодействия между СО НКО, государственными структурами в регионах реализации программы.

Масштаб и период выполнения программы

Программа была реализована в 73 субъектах Российской Федерации:

Алтайский край, Архангельская область, Астраханская область, Белгородская область, Брянская область, Владимирская область, Волгоградская область, Воронежская область, Вологодская область, Москва, Севастополь, Забайкальский край, Ивановская область, Иркутская область, Калининградская область, Кемеровская область, Камчатский край, Калужская область, Кировская область, Краснодарский край, Красноярский край, Курганская область, Курская область, Костромская область, Ленинградская область, Липецкая область, Магаданская область, Московская область, Мурманская область, Ненецкий автономный округ, Новгородская область, Нижегородская область, Новосибирская область, Омская область, Оренбургская область, Орловская область, Пензенская область, Пермский край, Приморский край, Псковская область, Республика Адыгея, Республика Алтай,

Республика Башкортостан, Республика Бурятия, Республика Калмыкия, Республика Карелия, Республика Крым, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Республика Хакасия, Ростовская область, Рязанская область, Самарская область, Санкт-Петербург, Саратовская область, Сахалинская область, Свердловская область, Смоленская область, Ставропольский край, Тамбовская область, Тверская область, Тульская область, Томская область, Тюменская область, Удмуртская республика, Ульяновская область, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, Челябинская область, Чеченская республика, Чувашская республика, Ярославская область.

На старте проекта во всех перечисленных регионах были опорные организации, с которыми ВСП успешно взаимодействовал ранее, выступая в роли координатора деятельности или консультанта. В ходе проекта организаторы стремились к привлечению новых партнеров и, в идеале, к созданию на базе местных сообществ региональных коалиций НКО.

Программа была сразу ориентирована на то, что создаваемой системой поддержки СО НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты, могут пользоваться не только известные изначально организаторам СО НКО, но и ранее неизвестные организации, в том числе организации из субъектов РФ, не заявленных для участия в программе. То есть программа носила открытый характер.

Выполнена программа была в 2015 году, с 1 января по 31 декабря.

Основные мероприятия, этапы и сроки реализации программы

Блок мероприятий №1. Создание информационно-консультационного центра для СО НКО на базе сайта ВСП для обеспечения СО НКО

Данный блок предполагал обеспечение НКО информационной поддержкой по вопросам защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты и консультационной поддержкой СО НКО (он-лайн и телефонные консультации) силами ведущих специалистов в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

Для создания информационно-консультационного центра был выявлен перечень типичных вопросов, по которым пациентам чаще всего требуется оказание поддержки, обобщены наиболее успешные практики в части оказания помощи пациентам в решении типичных вопросов, систематизирована правовая и методическая информация.

Информация получалась методами социологических исследований мнения и практик НКО, методом экспертных заключений и разработок, методом анализа открытых данных и информации ранее собранной и накопленной НКО ВСП.

Так на этапе сбора информации были подготовлены 2 аналитические записки («Взаимодействие социально ориентированных некоммерческих организаций с партнерами», «Потребности и практическая активность социально ориентированных некоммерческих организаций в сфере правовой поддержки»)

Для первой записки исследование было проведено путем качественного исследования – изучения документов НКО, изучения открытых данных об НКО, а также путем опроса представителей НКО. Для сбора данных у НКО организаторами исследований были запрошены документы, описывающие деятельность организаций. Для проведения опроса организациям были направлены

для самозаполнения анкеты. Анализ открытых данных осуществлялся путем изучения интернет-сайтов организаций и публикаций об организациях в интернете. Выявление лучших практик защиты и социальной адаптации пациентов и членов их семей силами СО НКО было проведено в ходе глубинных интервью. При анализе и описании лучших практик, для сравнения и выявления тенденций и наилучшего описания картины деятельности НКО использовались так же материалы ранее проведенных Всероссийским союзом пациентов исследований.

Выборка исследования была построена на базе наиболее активных социально ориентированных некоммерческих организаций, представляющих в Российской Федерации права граждан, как пациентов.

В ходе исследования были изучены практики федеральных структур и региональных представительств Всероссийского общества гемофилии, Общероссийской общественной организации инвалидов - больных рассеянным склерозом, МОД «Движение против рака», МОО «Российская Диабетическая Ассоциация», Межрегиональная общественная организация больных сахарным диабетом «ДиаЛайф», МОО «Помощь больным муковисцидозом, Межрегиональная общественная организация нефрологических пациентов «НЕФРО-ЛИГА», Межрегиональная общественная организация «Содействие больным с Гоше», Общественная организация «Лига защитников пациентов», Всероссийское общество-онкогематологии «Содействие», Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда».

Для второй записки исследование было построено на изучении опыта и методологии наиболее активных социально ориентированных некоммерческих организаций, представляющих в Российской Федерации права граждан, как пациентов. В исследование включены данные анкетного опроса представителей НКО (всего были опрошены 100 членов представителей 20 региональных НКО – членов и партнеров ВСП), данные, полученные в результате кабинетного анализа документов НКО и открытых данных об НКО. Для сбора данных у НКО организаторами исследований были запрошены документы, описывающие деятельность организаций. Анализ открытых данных осуществлялся путем изучения интернет-сайтов организаций и публикаций об организациях в интернете.

Также была отдельно изучена деятельность НКО пациентов на предмет выявления лучших практик.

Исследование «Лучшие практики социально ориентированных НКО» было проведено по технологии кейс-стади - изучения и описания практик социально ориентированных НКО путем качественного исследования: изучения документов НКО, изучения открытых данных об НКО, опроса представителей НКО.

Выборка исследования была построена на базе наиболее активных и масштабно действующих социально ориентированных НКО Всероссийского союза пациентов, представляющих сегодня интересы граждан в сфере здравоохранения. Исследователями были выявлены четыре наиболее активно и успешно действующих некоммерческих региональных сообществ пациентов. Для сбора данных у НКО организаторами исследований были запрошены документы, описывающие деятельность организаций. Для проведения опроса организациям были направлены для самозаполнения анкеты. Анализ открытых данных осуществлялся путем изучения интернет-сайтов организаций и публикаций об организациях в интернете. Выявление лучших практик защиты и социальной адаптации пациентов и членов их семей силами СО НКО было проведено в ходе глубинных интервью. Описание деятельности четырех данных сообществ в виде «кейсов» представлено в четырех разделах аналитического отчета.

Информация обрабатывалась исходя из необходимости использования в дальнейшем всеми заинтересованными лицами. Но ориентирован анализ был, прежде всего, на обеспечение потребностей СО НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

Кроме того, на сайте была организована работа консультационной линии для СО НКО (проведение индивидуальных целевых консультаций для СО НКО) и размещены материалы консультаций по наиболее распространенным вопросам.

Для размещения информации был создан специализированный раздел на сайте ВСП – www.patients.ru, в котором была размещена правовая и методическая информация по программе. На сайте обеспечена удобная навигация: фасетная или иерархическая, с применением рубрикаторов, поисковая навигация, а также обеспечена возможность интерактивного обсуждения наиболее значимых тем. Материалами сайта сегодня могут пользоваться и сами пациенты (для поиска справочной информации в области возможностей реализации своих прав в сфере здравоохранения и социальной защиты), что обеспечит снижение нагрузки на НКО за счет рассмотрения типовых вопросов. Представители власти и контролирующих органов смогут использовать данный ресурс для создания одной из коммуникационных площадок и каналов информирования о деятельности пациентских НКО.

Блок мероприятий № 2. Повышение квалификации сотрудников СО НКО

В рамках данного блока работ квалификация сотрудников социально ориентированных организаций пациентов повышалась по вопросам социальной адаптации инвалидов и членов их семей, эффективного взаимодействия СО НКО с органами власти, партнерскими СО НКО, привлечения волонтеров.

Для этого на базе материалов исследований, данных НКО ВСП, экспертных разработок, изучения открытых данных были созданы восемь обучающих программ для представителей СО:

- «Основные направления работы обществ пациентов»,
- «Организация взаимодействия между обществом пациентов и государственными органами управления»,
- «Информационные программы общества пациентов»,
- «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей»,
- «Привлечение волонтеров к работе общества пациентов»,
- «Правовые основы защиты пациентов в Российской Федерации»,
- «Управление и развитие НКО пациентов»,
- «Межличностная коммуникация в работе НКО».

Тематика программ предполагает повышение профессионализма активистов СО НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, через обеспечение базовой готовности к полноценной реализации декларируемых СО НКО целей и задач в сфере защиты пациентов.

Все обучающие программы были обеспечены необходимыми для их реализации методическими и учебными материалами (методическое пособие для каждой обучающей программы) с учетом формы реализации: каждая обучающая программа может быть реализована как очно, так и дистанционно. Программы и обеспечивающие материалы опубликованы на сайте ВСП.

Далее в рамках программы были проведены очные обучающие мероприятия для представителей СО НКО (4 двухдневных интенсивных семинара-погружения в

регионах), а также дистанционные обучающие тематические вебинары для представителей СО НКО (32 вебинара). Было организовано распространение вебинаров в записи через размещение на сайте ВСП и целевые рассылки.

В целом в ходе этапа были проведены следующие мероприятия:

- организована работа консультационной линии для СО НКО (проведение индивидуальных целевых консультаций для СО НКО – 400 целевых индивидуальных консультаций для 90 СО НКО по текущим вопросам защиты прав пациентов по телефону и с использованием Интернет-сервисов);
- созданы обучающие программы (8) для представителей СО НКО в области защиты и социальной адаптации инвалидов и членов их семей («Основные направления работы обществ пациентов», «Организация взаимодействия между обществом пациентов и государственными органами управления», «Информационные программы общества пациентов», «Основные методы социальной адаптации инвалидов и членов их семей», «Привлечение волонтеров к работе общества пациентов», «Правовые основы защиты пациентов в Российской Федерации», «Управление и развитие НКО пациентов», «Межличностная коммуникация в работе НКО»);
- разработаны необходимые методические и учебные материалы для 8-ми обучающих программ (методическое пособие для каждой обучающей программы) для реализации в двух форматах: очное и дистанционное обучение;
- проведены очные обучающие мероприятия для представителей СО НКО (4 двухдневных интенсивных семинара-погружения в регионах с общим числом участников более 200 человек, представляющих не менее 90 НКО);
- проведены дистанционные обучающие тематические вебинары для представителей СО НКО (32 вебинара с общим участием не менее чем 400 участников, представляющих более 90 НКО).

Блок мероприятий №3. Содействие формированию независимой системы оценки качества оказания пациентам услуг здравоохранения и социальной защиты через организацию участия СО НКО в работе общественных советов по проведению независимой оценки качества оказания услуг в сфере здравоохранения и социальной защиты

Были проведены мероприятия по вовлечению представителей социально ориентированных НКО в работу общественных советов в сфере здравоохранения. на федеральном уровне (при Министерстве здравоохранения РФ и Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения РФ) и на региональном уровне – при органах управления здравоохранением регионов и региональных органах Росздравнадзора.

Организаторами программы были выявлены и проинформированы о возможностях работы в советах наиболее активные и заинтересованные НКО. Была оказана информационная помощь процессам вхождения представителей НКО в советы. Были организованы изучение и анализ деятельности НКО в советах. Был инициирован процесс обмена информацией, взаимного обучения представителей СО НКО. При методической поддержке исполнителей программы было организовано проведение заседаний общественных советов с участием СО НКО в регионах.

Всего в ходе этапа были проведены следующие мероприятия:

- при методической поддержке экспертов программы более 80 заседаний общественных советов по независимой оценке услуг здравоохранения и

социальной защиты с участием СО НКО, из них 12 – с участием экспертов программы;

- по итогам совещаний для обмена опытом подготовлены 15 информационно-аналитических сообщений;
- осуществлена рассылка в электронном виде по 90 НКО пациентов и по 2000 адресам активистов пациентских НКО: 2 отчета об исследованиях деятельности СО НКО в регионах, 4 материала с лучшими практиками защиты и социальной адаптации пациентов и членов их семей силами СО НКО, 8 обучающих программ для представителей СО НКО в области защиты прав пациентов в системе здравоохранения и социальной защиты, не менее 25 он-лайн консультаций по наиболее распространенным вопросам, записи 8-ми обучающих вебинаров, информационные записки по результатам 15 заседаний общественных советов по защите прав пациентов;
- изданы информационные и методические материалы на бумажных носителях и организована целевая рассылка материалов среди 90 СО НКО;
- представлены результаты работы СО НКО в регионах всероссийским и межрегиональным СО НКО на совещании в г. Москве;
- представлены результаты реализации программы на всероссийской конференции с международным участием для представителей СО НКО по обсуждению вопросов защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, поддержки и распространения лучших практик НКО, формирования независимой системы оценки качества услуг в сфере здравоохранения и социальной защиты.

План-график реализации мероприятий программы

Таблица 12.

сроки мероприятия	2015												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Исследования (включая подготовку аналитических записок)													
Разработка структуры сайта, составление регламента работы информационно-консультационного центра													
Закупка и наладка оборудования для обеспечения работы сайта и проведения вебинаров													
Наполнение сайта													
Работа консультационной линии													
Создание обучающих программ													
Создание учебных и методических материалов для реализации программ (в двух версиях – для очного и дистанционного обучения)													

сроки мероприятия	2015											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Проведение обучающих семинаров для СО НКО в регионах					■	■	■					
Проведение вебинаров для СО НКО							■	■	■	■		
Проведение заседаний общественных советов по независимой оценке услуг здравоохранения и социального развития			■	■	■	■	■	■	■	■		
Подготовка информационно-аналитических материалов по итогам совещаний											■	
Издание информационных и методических материалов на бумажных носителях и организация целевых рассылок											■	
Представление результатов работы СО НКО в регионах всероссийским и межрегиональным СО НКО на совещании в г. Москве											■	
Издание печатной продукции для Всероссийской конференции СО НКО											■	
Подготовка и проведение Всероссийской конференции СО НКО												■
Организация публикаций в СМИ по итогам конференции												■

Ресурсное обеспечение программы

На программу было запрошено 9 235 196,00 рублей субсидии из федерального бюджета. При запуске программы предполагалось, что объем ее дополнительного софинансирования за счет средств Исполнителя составит не менее 4 974 000,00 рублей. Однако на практике стоимость вовлеченных ВСП в реализацию программы ресурсов превысила 8 миллионов рублей.

Руководство и кадровый состав программы

Руководил реализацией программы сопредседатель ВСП Жулёв Юрий Александрович - Президент Всероссийского общества гемофилии, Сопредседатель Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве РФ, член Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения. Ю.А. Жулёв – профессиональный юрист, имеет большой опыт консультирования СО НКО (как входящих в состав ВСП, так и других), ведет активную работу в странах СНГ (номинирован званием «Лучший волонтер» Всемирной федерации гемофилии за активную работу в странах СНГ).

В целом в реализации программы приняли участие более 900 активистов пациентского движения – в качестве волонтеров, сотрудников проекта, экспертов, слушателей, участников исследований, информационной и проектировочной работы.

Основные результаты реализации программы и методика их оценки

В результате реализации программы была создана система поддержки СО НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

Полученные результаты можно разделить на непосредственные и долгосрочные общественно-значимые результаты.

Непосредственные результаты программы:

Результат 1. Обеспечена базовая готовность активистов СО НКО в 73 субъектах РФ для реализации целей СО НКО в сфере защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей.

Показатели:

- обучены в рамках очных обучающих мероприятий (4 двухдневных семинара) для представителей СО НКО более 200 человек, представляющих более 90 СО НКО;

- обучены в рамках дистанционных обучающих мероприятий (32 вебинара) для представителей СО НКО более чем 400 участников, представляющих более 90 НКО в 73 регионах;

- опубликованы на сайте ВСП, разосланы целевой электронной рассылкой более чем по 90 НКО пациентов и более чем по 2000 адресам активистов пациентских НКО: 2 отчета об исследованиях деятельности СО НКО в регионах, 4 материала с лучшими практиками защиты и социальной адаптации пациентов и членов их семей силами СО НКО, 8 обучающих программ для представителей СО НКО в области защиты прав пациентов в системе здравоохранения и социальной защиты, 25 он-лайн консультаций по наиболее распространенным вопросам, записи 8 обучающих вебинаров, информационные записки по результатам 15 заседаний общественных советов по защите прав пациентов.

- изданы информационные и методические материалы на бумажных носителях: отчет об исследовании лучших практик работы СО НКО в сфере здравоохранения и социальной адаптации инвалидов и членов их семей (тираж 1000 экз.), 8 комплектов методических и учебных материалов для обучающих программ (методическое пособие для каждой обучающей программы и учебные материалы) (тираж по 400 экз. каждый материал), сборник аналитических материалов и рекомендаций для НКО по проблемным вопросам защиты прав

пациентов силами СО НКО в сфере здравоохранения и социальной защиты населения (тираж 100 экз.);

- 95 % обучающихся по программам для представителей СО НКО (очная и дистанционная форма) оценивают обучение как полезное с точки зрения осуществления ими помощи пациентам в реализации их прав, планирования деятельности и развития организации.

Результат 2. Функционирует информационно-консультационный центр для СО НКО, действующих на территории РФ.

Показатели:

- на сайте Всероссийского союза пациентов создан и наполнен содержимым раздел с информационно-методической базой;

- структура информационно-методической базы позволяет удовлетворить выявленные в исследованиях потребности в информации у социально ориентированных НКО, работающих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки качества услуг здравоохранения и социальной защиты;

- информационно-методическая база может редактироваться (без изменения структуры);

- для поиска требуемой информации пользователем необходимо не более 2-3 кликов;

- на сайте ВСП предусмотрена возможность интерактивного обсуждения наиболее значимых тем (количество обращений - не менее 10 в неделю);

- проведено более 400 целевых индивидуальных консультаций для 90 СО НКО по текущим вопросам защиты прав пациентов по телефону и с использованием Интернет-сервисов;

- тематика консультационных сессий находится в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей;

- в информационно-методической базе среди прочего размещены материалы, созданные в ходе реализации программы (2 отчета об исследованиях, 8 программ обучающих семинаров и учебно-методические материалы к ним, 15 информационных сообщений по итогам заседаний общественных советов, 1 сборник аналитических материалов и рекомендаций для НКО по проблемным вопросам защиты прав пациентов силами СО НКО в сфере здравоохранения и социальной защиты населения);

- участники всероссийского форума (более 90 %) оценивают информационно-методическую базу как достаточную для оказания помощи пациентам в реализации ими их прав в сфере здравоохранения и социальной защиты в типичных ситуациях.

Результат 3. Обеспечено взаимодействие между СО НКО и государственными структурами в 73 регионах по вопросам независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

- проведены при методической поддержке экспертов программы более 80 заседаний общественных советов по независимой оценке услуг здравоохранения и социальной защиты с участием СО НКО, из них 15 - с участием экспертов программы;

- по итогам совещаний для обмена опытом подготовлены 15 информационно-аналитических сообщений;

- более 95 % представителей СО НКО, вовлеченных во взаимодействие между СО НКО и государственными структурами по вопросам независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты, оценивают полученный опыт в работе общественных советов как значимый для развития своей организации.

Долгосрочные общественно-значимые результаты программы:

Результат 4. Пациентское сообщество (организованное и неорганизованное) получило доступ к актуальной информации для обеспечения и реализации своих прав в сфере здравоохранения и социальной защиты.

Показатели:

- информационно-методическая база, размещенная на сайте Всероссийского союза пациентов, доступна для незарегистрированных пользователей;
- информационно-методическая база, размещенная на сайте Всероссийского союза пациентов, может быть найдена по тематическим запросам, связанным с защитой прав пациентов, в поисковых системах;
- информационно-методические материалы обеспечивают разрешение типовых ситуаций в сфере защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты.

Реализация программы также будет способствовать появлению следующих общественно значимых эффектов, измерение которых невозможно провести в рамках программы, в силу того, что они будут проявляться постепенно и в течении длительного времени:

- повышение качества оказания медицинской помощи и мероприятий социальной защиты населения РФ;
- повышение скорости отклика государственной системы здравоохранения и социальной защиты на запросы общественности;
- создание условий для коррекции нормативно-правовой базы государственной системы здравоохранения и социальной защиты согласно выявлению наиболее приоритетных и проблемных в реализации механизмов;
- развитие конструктивного взаимодействия социально ориентированных НКО и государства по вопросам защиты прав пациентов, формированию новых механизмов и наглядных примеров эффективного сотрудничества.

1.4. Всероссийский союз пациентов как субъект поддержки социально ориентированных НКО

В России, как и во всем мире, идет процесс глобализации – консолидации ресурсов и укрупнения структур ими управляющих. В государственном управлении это выражается, в частности, в принятии долгосрочных комплексных программ.

Принимаемые сегодня законы декларируют общие цели и определяют сферы ответственности. Конкретные механизмы их исполнения прописываются постепенно.

Для того чтобы принимать полноценное участие в создании и реализации основополагающих программ и их конкретных механизмов, общественные организации должны иметь значительный вес с точки зрения социальной значимости и активности, популяционного и территориального представительства, экспертных и организационных возможностей как на федеральном, так и на региональном уровне.

На соответствие этим критериям ориентируется развитие Всероссийского союза общественных объединений пациентов (Всероссийского союза пациентов, ВСП) - организации, которая охватывает жизненно важные интересы граждан, имеет значимое представительство на федеральном уровне, развитую всероссийскую структуру, на практике организует конструктивное взаимодействие пациентов с органами власти, профессиональным и бизнес- сообществами, гражданским обществом.

Миссией Союза является достижение максимально возможного уровня медицинской помощи населению в целом и каждому гражданину в отдельности.

Цель работы Союза – создание системы общественного участия в формировании национальной политики здравоохранения и социального развития, а основное средство – координация усилий членов Союза и социальных партнеров в сфере здравоохранения и социального развития.

Формально Всероссийский союз пациентов представляет интересы входящих в него пациентских организаций и их клиентов. Однако на практике оптимизация законодательства, взаимодействие государственных органов и социальных партнеров, иницируемые Союзом, затрагивают интересы самых широких слоев общества.

Основные задачи Союза:

1. Развитие пациентского движения в России: соорганизация пациентов, развитие общественных организаций и взаимодействия между ними, внедрение устойчивых форм конструктивной общественной работы пациентского сообщества.
2. Создание системы изучения и представления мнения пациентов и экспертов, включая построение системы сбора информации, анализ и структурирование данных, организацию коммуникации между сообществами, экспертами, органами власти регионального и федерального уровня.
3. Организация взаимодействия пациентского сообщества с социальными партнерами, общественного участия в государственной политике здравоохранения для оптимизации законодательства и конкретных механизмов его реализации, повышения качества медицинской помощи и качества работы системы здравоохранения.

Организационная структура Всероссийского союза пациентов

Сегодня ВСП объединяет 14 общероссийских и межрегиональных организаций и более 80-ти их подразделений – региональных НКО пациентов, представляющих интересы более 5 миллионов граждан Российской Федерации - пациентов с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями.

Ключевыми организациями в составе союза являются: Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда», Общероссийская общественная организация инвалидов - больных рассеянным склерозом, Межрегиональная общественная организация «Ассоциация фондов помощи больным нервно-мышечными заболеваниями «Надежда», Межрегиональная общественная организация инвалидов «Московская диабетическая ассоциация больных сахарным диабетом», Общероссийская благотворительная общественная организация инвалидов «Всероссийское общество гемофилии», Региональная общественная организация помощи больным несовершеннолетним остеогенезом «Хрупкие дети», Межрегиональная благотворительная общественная организация «Общество инвалидов, страдающих синдромом Хантера, другими формами мукополисахаридоза и иными редкими генетическими заболеваниями», Межрегиональная общественная организация «Помощь больным с муковисцидозом», Московская областная общественная организация содействия страдающим церебрально-гипофизарным нанизмом «Эверест», Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская диабетическая Ассоциация», Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ», Межрегиональная общественная организация «Содействие инвалидам с детства, страдающим болезнью Гоше и их семьям», Центр социальной реабилитации людей с редкими и генетическими заболеваниями ГАООРДИ, Межрегиональная общественная организация «Общество помощи пациентам с онкогематологическими заболеваниями».

ВСП обеспечивает выработку коллективных решений и координирует деятельность участников в рамках совместных проектов.

Организации, входящие в ВСП, сохраняют полную юридическую, финансовую, организационную и иную самостоятельность в своей деятельности.

Обсуждения и согласования требуют лишь действия, предпринимаемые организациями и сотрудниками от имени всего Всероссийского союза пациентов. Коллективное обсуждение таких действий проводится в форме заседаний Правления. Решения принимаются открытым голосованием, большинством голосов при условии участия в голосовании не менее двух третей членов Правления.

Союз не вмешивается в фандрайзинговую деятельность организаций-участников и не претендует на средства, привлекаемые участниками на свою уставную деятельность. ВСП формирует новые, общие для всех участников программы и проекты деятельности и самостоятельно изыскивает средства на их реализацию.

Административной деятельностью ВСП руководят сопредседатели Союза, реализующие решения Правления.

На федеральном уровне непосредственную административную работу ведут службы ВСП – информационная, консалтинговая, организационная, а также проектные команды и иные временные структуры, формируемые по функциональным задачам.

Работу по нозологиям координируют представители профильных пациентских организаций.

На региональном уровне действуют региональные организации пациентов, добровольцы и пациенты – члены и сотрудники региональных организаций.

Региональные участники ВСП объединяются в региональные коалиции.

Направления деятельности Всероссийского союза пациентов

Деятельность ВСП осуществляется на двух уровнях (федеральном и региональном) и по трем направлениям: развитие пациентского движения, развитие взаимодействия с органами власти и профессиональным сообществом, информационное обеспечение.

Содержанием работы на федеральном уровне является мониторинг основополагающих правовых актов и их оптимизация: аналитика, внесение поправок в ФЗ, участие в инициации, подготовке и продвижении целевых программ, стандартов, регламентов и алгоритмов обслуживания пациентов. На этом уровне представители ВСП участвуют в работе экспертного сообщества, экспертных структур, государственных, общественных и общественно-государственных переговорных площадок.

На этом уровне исследуется и представляется консолидированное мнение пациентов, ведутся общественные рейтинги проблем, регионов, руководителей и служб, доносятся до социальных партнеров результаты общественного контроля.

На федеральном уровне к оценке результатов работы региональных правительств привлекаются контролирующие федеральные органы, общественные эксперты и организации. На федеральном уровне принимаются принципиальные решения по развитию пациентского движения, проводятся проективно-управленческие и крупнейшие публичные мероприятия, проектируются и согласовываются с органами власти формы общественного контроля и участия.

С федерального уровня Союз организует и поддерживает деятельность пациентского сообщества: содействует созданию и развитию НКО пациентов, консультирует их, обучает, предоставляет методики и организационную помощь (через систему онлайн консультирования и обучающие дистанционные очные мероприятия), координирует совместную деятельность, организует обмен опытом, представляет интересы НКО и позволяет им выступать на федеральном уровне.

На региональном уровне силами представителей Союза, подразделений НКО, а также вовлекаемых ими партнеров осуществляется контроль за исполнением федерального законодательства, дополнение его необходимыми региональными актами и организационными решениями. Здесь осуществляется сбор «полевой» информации, реализация различных форм общественного контроля и участия, непосредственная соорганизация пациентов и защита их прав, деятельность НКО, текущее взаимодействие с органами власти для устранения сбоев в системе оказания услуг пациентам.

Между федеральными и региональным уровнями налаживается двусторонняя оперативная связь посредством исполнения региональными коалициями ВСП запросов на информацию и удовлетворения силами ВСП региональных запросов на поддержку, организации прямых линий, он- и оф-лайн конференций с федеральными руководителями, донесения информации через методические материалы интернет и традиционные СМИ.

Основными средствами внутренней коммуникации ВСП на федеральном уровне являются мероприятия правления ВСП и интернет-сайт www.patients.ru.

Развитие пациентского сообщества обеспечивает ВСП массовую социальную базу и поддержку, обеспечивает его актуальной информацией, оценкой услуг получателями, добровольческими ресурсами.

Деятельность, ведущаяся Всероссийским союзом пациентов, основана на организации взаимопонимания и взаимодействия социальных партнеров, и является по определению публичной. Ее результат ее зависит от вовлеченности и одобрения общественности и социальных партнеров. В этой связи информационное сопровождение является отдельным значимым направлением деятельности. Оно реализует задачи информационной поддержки пациентов, организации коммуникации между пациентами, с одной стороны, и федеральными и региональными органами власти и иными социальными партнерами – с другой, задачи актуализации значимых проблем и способов их решения, продвижения продуктов и результатов деятельности Союза.

История и результаты работы Всероссийского союза пациентов

История пациентского движения в России насчитывает уже около 30 лет. Первые общества пациентов были созданы в 80-х годах прошлого века.

В постсоветский период пациенты создавали общественные организации для спасения собственных жизней, когда стало необходимым объединяться и защищать права пациентов, закрепленные государством, но не реализуемые на деле.

Постепенно пришло понимание, что у самоорганизовавшихся по нозологичному принципу пациентских организаций много схожих проблем, имеющих общие системные корни, и для их решения необходимо объединение усилий.

Создание Всероссийского союза пациентов было провозглашено в декабре 2009 года десятью активными общероссийскими общественными организациями пациентов. Официальная регистрация Союза состоялась в апреле 2010 года.

Сегодня Союз включает 14 общероссийских и межрегиональных организаций пациентов и взаимодействует более чем со 120 НКО, представляющих интересы более 5 миллионов граждан Российской Федерации как пациентов с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями. Организации Союза действуют во всех регионах Российской Федерации.

Одним из основных направлений работы ВСП является оптимизация системы здравоохранения через содействие развитию системы общественного контроля.

Союз поддерживает деятельность общероссийской системы общественных советов при федеральных и региональных органах управления здравоохранением, включающей в себя Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, Общественный совет по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (включает советы при Территориальных органах Росздравнадзора), советы при органах исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации. В настоящее время представители ВСП состоят в 104 федеральных и региональных общественных советов при органах управления здравоохранением. ВСП разрабатывает методическое обеспечение работы советов, проводит обучение участников, на систематической основе анализирует и представляет результаты работы общественных советов в сфере здравоохранения.

Союз реализует программу поддержки общероссийских и региональных НКО пациентов, включающую в себя он-лайн консультирование, горячую телефонную линию, ведение форума пациентов, ведение системы вебинаров, а также систему очного обучения, обмена опытом и совместного проектирования, включающую межрегиональные конференции для НКО, семинары, школы пациентов, разработку, издание и распространение методических и обучающих материалов.

С целью содействия координации усилий пациентского сообщества, органов власти и социальных партнеров ВСП провозгласил Этический Кодекс общественных объединений пациентов и Декларацию прав пациентов и продвигает в России принцип пациент-ориентированного здравоохранения.

С 2009 года Союз провел более 800 очных школ пациентов и семинаров для НКО с общим участием более 20 000 человек.

С 2009 по 2014 год НКО Союза организовывали деятельность института Уполномоченного общественного эксперта и в ежеквартальном режиме готовили общероссийский мониторинг обеспечения 60 000 пациентов из 69 регионов дорогостоящими льготными лекарственными средствами.

Союз и его организации провели несколько десятков общероссийских и межрегиональных социологических исследований состояния сферы здравоохранения, мнений пациентов и экспертов.

НКО союза являются участниками ведущих мировых и европейских ассоциаций пациентов по нозологиям и представляют российский успешный опыт на мировой арене.

Союзом подготовлено в общей сложности более 600 поправок в региональные и федеральные законодательные акты.

В информационную систему ВСП входят более 50 интернет-порталов НКО, 12 форумов пациентов, газета «Соломинка», внутренние системы файлообмена, система периодической рассылки. Ключевым интернет ресурсом ВСП является интернет-портал www.patients.ru.

С 2010 года ВСП в ежегодном режиме организует одно из крупнейших национальных общественно-государственных мероприятий в сфере здравоохранения – Всероссийский Конгресс пациентов. Конгресс проходит ежегодно в ноябре и собирает до 1000 участников, представляющих более 200 НКО и профильных органов власти из России из более чем 15 стран мира. Основой идеей Конгресса является представление мнения пациентского сообщества органам власти, организация прямой двусторонней коммуникации пациентов с руководителями отечественной системы здравоохранения.

Таким образом, опыт работы и репутация ВСП, его авторитет среди СО НКО были способны обеспечить активность СО НКО в 73 регионах и возможность привлечения ведущих экспертов в сфере здравоохранения и социальной защиты для реализации всех мероприятий программы, а также распространение результатов реализации программы на максимально возможное число пациентских СО НКО на территории РФ.

Описанный опыт ВСП помог при установлении стабильных, эффективных рабочих взаимоотношений между органами региональной власти и СО НКО в регионах проекта.

1.5. Карта интересов социально ориентированных НКО и их потенциальных партнеров

Важно понимать, что основным средством работы некоммерческой организации (НКО) является привлечение и использование на цели и нужды организации внешних ресурсов – сил, средств, влияния, опыта, которые есть у различных внешних партнеров.

Для того чтобы привлекать эти ресурсы, необходимо:

- во-первых, понимать, кто может быть таким внешним партнером,
- во-вторых, понимать, в чем состоят собственные интересы партнера,
- в-третьих, пытаться согласовать интересы наши и внешнего партнера, находить и реализовывать взаимные выгоды.

Несмотря на кажущуюся очевидность вышесказанного, далеко не всегда участникам очевидно, в чем же состоят реальные интересы партнера, что необходимо ему предложить, как его мотивировать к сотрудничеству, на каких аргументах строить диалог.

Первым шагом к установлению партнерства (а значит, усилению организации в целом и конкретных ее представителей) является составление «карты интересов».

Ниже приведена карта интересов, выстроенная по результатам сопоставления мнений участников исследований. Карта определяет основных внешних партнеров, их нужды, а также те блага и выгоды, которые может предложить им социально ориентированная НКО, представляющая права граждан в сфере здравоохранения в случае взаимодействия.

На основании настоящей карты исполнители Программы определяют взаимные интересы (формируют их) и проводят переговоры о сотрудничестве (при личной коммуникации) или основываются на них в своих информационных материалах (при массовой коммуникации).

Таблица 13. Карта взаимных интересов партнеров

Что может нам дать	Что можем им предложить
Федеральная законодательная и исполнительная власть	
Защита конституционных прав пациентов. Оптимизация федерального законодательства для лучшей защиты имеющихся прав, формирование новых прав. Изменения стандартов. Ввод на рынок (гос. закупки) новых качественных препаратов и технологий. Оказание необходимого воздействия на органы власти и учреждения здравоохранения в регионах. Получение писем, приказов, предписаний, защищающих права пациентов и облегчающих работу НКО. Повышение статуса организации за счет участия в федеральных переговорных площадках, за счет взаимодействия с	Участие общественности в обсуждении законов (необходимость этого была декларирована Президентами Медведевым Д.А. и Путиным В.В.). Повышение статуса и представительности официальных переговорных площадок за счет участия Всероссийской организации. Публичная поддержка решений. Предоставление информации о состоянии проблемы: статистики, данных о специфике, ключевых проблемах, предложений по их преодолению. Предоставление государственным органам информации для отчетности. Артикуляция мнения общественной группы пациентов, членов их семей,

<p>руководителями федерального масштаба. Предоставление возможности участвовать в переговорах на площадках при подразделениях федеральных ведомств в регионах. Получение депутатских запросов. Получение субсидий на работу НКО (в настоящее время в первую очередь от Минздрава и МЭРТ) Актуализация проблемы.</p>	<p>участников групп пациентов. Организованное общение с этой группой. Предоставление жалоб и обращений граждан. Предоставление достоверных и актуальных сведений о нарушении законодательства (особенно важно для контролирующих органов). Предоставление политикам темы для продвижения.</p>
Региональная законодательная и исполнительная власть	
<p>Составление максимально полных и адекватных заявок на препараты в федеральные ведомства. Создание региональных законов, дополняющих федеральное законодательство. Принятие отдельных нормативно-правовых актов (НПА). Выделение средств на закупки препаратов. Выделение средств на мониторинг крови. Выделение средств на поддержку пациентов: психологическую, консультационную, медицинскую, социальную. Повышение статуса организации за счет участия в официальных мероприятиях, официального одобрения и известности. Повышение информированности врачей о специфике заболевания, алгоритмах диагностирования и последующей работы с пациентами. Беспроблемное назначение лечения. Актуализация проблемы. Техническая, организационная, ресурсная, имиджевая, информационная и другие виды поддержки работы организации и ее представителей на местах.</p>	<p>Предоставление информации о состоянии проблемы. Информирование о проблемах пациентов. Информирование о способах разрешения различных аспектов проблемы на основании опыта других регионов и специалистов. Экспертное участие в выработке оптимальных решений. Участие в общественных слушаниях, публичная поддержка решений. Предоставление государственным органам информации: о поддержке НКО, о работе с общественностью, о разборе жалоб и т.п. Предоставление политикам темы для продвижения. Организованное общение с группой пациентов и родственников. Предоставление обращений и жалоб граждан, оперативное предоставление профильным контролирующим органам информации о нарушениях законодательства. Предотвращение социальной напряженности, разбор проблемных вопросов. Снятие жалоб. «Телефонное» решение вопросов. Помощь в составлении заявок на препараты. Устранение ошибок при заявках. Работа с пациентами по лояльности к препаратам, повышение эффективности использования государственных средств. Помощь в преодолении проблемы наличия не охваченных препаратами пациентов: информация, предупреждение о возможности</p>

	проблемы и последствиях, рекомендации, как разрешить вопрос. Благодарности в СМИ. Благодарности персонам и организациям, от НКО, от ВСП, от партнеров.
СМИ	
Актуализация проблемы. Воздействие на органы власти, госучреждения, конкретных персон для решения вопросов. Выражение благодарности конкретным персонам, партнерам. Привлечение средств и ресурсов к работе организации: добровольцев, пожертвований и т.п. Повышение статуса. Известность рег. пред-ля, обращение к нему СМИ, как к эксперту.	Информация о проблемной ситуации, предоставление «жареных» фактов, человеческих историй. Удовлетворение информационного голода, предоставление готовой информации для реализации «уставных», гражданских целей СМИ. Благодарности заказчикам, партнерам СМИ (в первую очередь политикам, руководителям, органам власти, специалистам).
Добровольцы	
Трудовая помощь в быту, помощь в организации всех видов мероприятий, в текущей работе. Предоставление личного оборудования и иных ресурсов. Использование профессиональных навыков добровольцев: дизайнеров, рекламщиков, печатников, журналистов, компьютерщиков, психологов, врачей, бухгалтеров, юристов, водителей и т.д., и т.п. Помощь в распространении информации. Помощь в работе в Интернет, ведении сайта, форума, поиске информации.	Реализация их «уставных целей» волонтерских организаций, предоставление им благодарных и приятных во всех отношениях объектов для помощи, получения ими ощущения значимости и полезности, удовлетворение стремления помочь, принять участие в социально значимом деле. Получение студентами профильных учреждений навыков социальной работы. Благодарности в СМИ. Благодарности персонально и организациям, от ВООГ, от вышестоящих партнеров.
Врачи	
Беспроблемное назначение лечения. Выполнение стандартов лечения, алгоритмов обслуживания пациентов, назначения препаратов. Получение мониторинга. Добровольчество. Помощь в борьбе за получение нуждающимися пациентами не хватающих им препаратов. Помощь в актуализации проблемы – получение экспертных оценок, комментариев.	Удовлетворение от работы. Профессиональный рост, научная работа. Административный рост. Поддержка открытия и развития специализированных центров. Участие в школах пациентов и врачей. Помощь в организации лечебного процесса. Помощь в общении с пациентами. Преодоление жалоб и иных конфликтных ситуаций с пациентами. Выставить жесткие требования к руководству, вместо врача, поругаться за врача там, где он сам сделать этого не

	может.
Благотворительные организации	
Материальная и информационная поддержка. Организация стажировок и поездок. Добровольчество.	Выполнение их уставных целей. Предоставление им организованного, социально – значимого, «понятного» объекта для помощи. Реализация грантовых заявок. Формирование их отчетности. Повышение их статуса и улучшения отчетности за счет участия в их мероприятиях.
НКО	
Взаимное усиление через : совместные действия, петиции, жалобы, обращения, мероприятия, обмен опытом, взаимовыручку, обмен информацией, ресурсами.	
Политические партии и объединения	
Лоббирование наших интересов через оптимизацию законодательства на федеральном и региональном уровне. Информационное продвижение проблемы. Взаимодействие с органами власти и учреждениями. Конкретная материальная, организационная и финансовая помощь организации и пациентам.	Предоставление темы для политического продвижения. Предоставление аудитории для агитации. Группа поддержки. Голоса избирателей. PR. Благодарности в СМИ и лично – от организации и ее партнеров. Получение человеческого и профессионального удовлетворения от социально значимой деятельности.
Пациенты	
Участие в работе организации, партнерство, информация, взаимопомощь, ресурсы, добровольчество. Жалобы, обращения, мнения. Обмен информацией.	Помощь: моральная, материальная, правовая, психологическая, информационная. Предоставление информации о заболевании, препаратах, специалистах, уходе, образе жизни. Предоставление реальной и четкой информации, как решать проблемы, как действовать. Вовлечение в работу, в общение. Школы пациентов. Взаимопомощь, поддержка и общая работа. Помощь в решении вопросов, в защите прав. Содействие в получении препаратов, проведении анализов, поездках и тп. Общее улучшение качества жизни. Ощущение собственной полезности, востребованности, значимости. Самореализация.
Муниципальная власть	
Выделение средств на препараты, мониторинг, работу НКО.	Снижение социальной напряженности. PR.

<p>Предоставление материально технических ресурсов: помещения, телефона, транспорта, интернета и т.п. Предоставление переговорных площадок и помощь в продвижении темы. Имиджевая, информационная помощь. Помощь во взаимодействии с врачами.</p>	<p>Отчетность о работе с НКО, с общественностью. Благодарности в СМИ. Благодарности от организации и партнеров.</p>
<p>Фармацевтические компании</p>	
<p>Предоставление препаратов. Предоставление информации о препаратах, лечении, медицинских и административных перспективах борьбы с проблемой. Помощь в организации школ, предоставление лекторов и материалов. Помощь в организации бесплатного мониторинга крови. Материально-техническая, организационная помощь в текущей работе.</p>	<p>Организация их коммуникации с пациентами. Предоставление им организованной обратной связи от пациентов и по всем вопросам. Участие пациентов в исследованиях. Публичная и массовая поддержка пациентами появления (закупок) качественных препаратов. Публичная и массовая критика пациентами всего, что мешает лекарственному обеспечению, некачественных препаратов. Поддержка эффективных и критика негативных моментов механизма закупок препаратов и оборудования, аукционов и т.п. Поддержка открытия и развития специализированных центров. Повышение приверженности пациентов к препаратам. Выявление побочных эффектов. Народный контроль за назначением и логистикой препаратов (стимуляция закупок и полноценного лекарственного обеспечения по всем линиям препаратов).</p>
<p>Правоохранительные органы, Уполномоченный по правам человека</p>	
<p>Информация о правах. Защита законодательно закрепленных прав. Разрешение спорных вопросов.</p>	<p>Информация о нарушениях. Реализация уставных целей. Формирование отчетности по борьбе с нарушениями законодательства. Благодарности публично, через СМИ, персонально.</p>
<p>МСЭК</p>	
<p>Адекватное назначение инвалидности.</p>	<p>Правильно оформленные документы. Разрешение конфликтов с пациентами. Снижение числа жалоб.</p>

2. НАПРАВЛЕНИЯ ПОДДЕРЖКИ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО

2.1. Основные направления развития социально ориентированных некоммерческих организаций

Государство определяет и реализует политику в отношении общества в целом, главная цель бизнеса состоит в получении выгод, зарабатывании денег. НКО же решают проблемы конкретного человека, групп людей, до решения которых у власти и бизнеса не доходят руки.

Они лучше всех знают проблемы своей целевой аудитории и возможности решения этих проблем. Они практичны, гибки и мобильны.

Будучи независимыми структурами с отсутствием жесткой вертикальной власти, они свободны и открыты для участия, они позволяют людям заявить о необходимости помощи и получить ее, позволяют предоставлять помощь и вообще самореализовываться.

Некоммерческие организации выступают своего рода буфером между государством и населением. Они отражают потребности общества и аккумулируют ресурсы для их решения. В решении социальных проблем они применяют те подходы, которые еще не были задействованы властью и бизнесом.

При этом они сами владеют лишь малой частью необходимых для достижения их цели ресурсов. Фактически в их распоряжении постоянно находятся лишь личные средства и возможности участников.

Ресурс НКО социален. Он находится вовне организации. Ресурс НКО – это ресурс ее партнеров: людей, сообществ, организаций, структур, которых общественная организация смогла заинтересовать в своей деятельности и вовлечь в нее. Это ее известность, благожелательное отношение к ней и к представляемым ею людям и вопросам, доверие к ней, представления о ее полезности для партнеров, информированности и ситуации представляемых ею пациентов, о ее честности, надежности и непредвзятости. Это значимость представляемой НКО проблемы, это мотивация ее участников.

Классическая самостоятельная НКО может существовать только до тех пор, пока она выражает общественные интересы. А то, насколько НКО развита, устойчива, ресурсирована, велика является показателем того, насколько эффективно НКО выражает интересы своей целевой группы, удовлетворяет интересы партнеров.

В этой связи для выживания и развития НКО необходимо соблюдение следующих принципов:

1. НКО должна быть погружена и максимально выражать интересы своей целевой группы (в случае пациентской НКО – пациентов). Интересы пациентов должны стоять на первом месте.
2. НКО должна опираться на поддержку своей целевой группы. Она должна быть позитивна известна среди «своих» пациентов.
3. НКО должна понимать, что важнейший ее ресурс – это ее репутация. Для сохранения доверия НКО должна действовать этично, с особой тщательностью сохраняя информацию о пациентах, четко соблюдать свои обязательства перед партнерами.
4. Деятельность НКО должна организовываться устойчивым активом – группой лиц, которые готовы систематически участвовать в работе НКО, тратить на нее свое время, силы и другие свои личные ресурсы.

5. НКО существует только тогда, когда она может привлекать ресурсы. Основным ресурсом является финансы. Основное средство привлечения ресурсов – позиционирование себя как юридического лица, представляющего интересы группы людей. Если у НКО нет юридического лица, нет счета – она не существует, но исключением в этом случае может служить ситуация, когда НКО работает в качестве регионального отделения общероссийской организации.
6. Деятельность НКО должна быть осмысленна. Активисты НКО должны четко представлять себе, для кого они работают, какие проблемы и какими средствами решают. НКО должна иметь сформулированные миссию, цель, задачи, направления деятельности.
7. Деятельность НКО должна быть систематической. Руководители и актив НКО должны действовать по определенному плану, в рамках определенных направлений и программ.
8. НКО должна знать, кто именно в чем может ей помочь. НКО должна четко представлять себе своих партнеров. Вести работу по установлению контактов с ними и развитию взаимодействия. НКО должна действовать на стыке интересов, объединять партнеров.

К основным направлениям деятельности обществ пациентов относятся:

1. Изучение проблем и запросов представителей основной целевой группы – пациентов.
2. Стратегическое и тактическое планирование, текущая управленческая рефлексия деятельности НКО.
3. Внутреннее «саморесурсирование» НКО: привлечение кадров в руководство и актив, вовлечение пациентов и добровольцев, вовлечение экспертов. Обучение, профессионализация членов НКО.
4. Ресурсирование НКО за счет внешней среды – привлечение финансовых, материальных, информационных, имиджевых, организационных, статусных и иных ресурсов на уставные цели.
5. Информационные программы – распространение через различные каналы информации о представляемой теме и проблемах пациентов, способах решения проблем, мнении пациентов, об организации и т.п.
6. Непосредственная поддержка пациентов – консультационная, мотивационная, организационная, реабилитационная и социальная помощь.
7. Оказание услуг целевым группам – партнерам. Текущее взаимодействие с партнерами, важнейшими среди которых являются:
 - a. Пациенты;
 - b. Органы власти;
 - c. Медицинские и социальные работники;
 - d. Фармацевтические компании;
 - e. Общественные организации;
 - f. СМИ;
 - g. Добровольческая общественность;
 - h. Широкая общественность;
8. Реализация локальных проектов НКО связанных с потребностями пациентов, активистов, запросами внешней среды, выполнение обязательств перед партнерами.

Исходя из всего вышесказанного, эффективная пациентская НКО должна выполнять следующий организационный «минимум»:

1. Быть зарегистрированной как юридическое лицо.
2. Иметь действующий расчетный счет.
3. Иметь постоянного руководителя, менеджера, группу активистов и добровольцев, бухгалтера (бухгалтерия может вестись внешними структурами на принципах аутсорсинга).
4. Иметь контрактный телефон, электронный и почтовый адреса.
5. Вести собственный сайт, аккаунты в социальных сетях.
6. Иметь стратегию защиты прав своей целевой группы на долго- или среднесрочный период (1-5 лет) и план работы на ближайший год, одобряемый активистами НКО. Иметь сформулированные миссию, цель, задачи.
7. Иметь собственный корпоративный стиль и материалы, включающие устойчивое название, слоган, логотип, стиль оформления документов и материалов. Иметь портфолио: CV (жизнеописания) руководителя и активистов, CV организации, буклеты об организации, визитки.
8. Иметь справочные материалы о ситуации, о проблемах пациентов для журналистов и иных партнеров. Иметь методические, информационные материалы для пациентов, для партнеров – о способах решения проблем.
9. Рабочие места для сотрудников, включающие минимальный набор оргтехники (компьютер, принтер, сканер, копир или МФУ) доступ к интернет.
10. Присутственное место (постоянный офис, предоставляемое помещение), где могут собраться активисты организации, проводится деловые встречи.
11. Быть зарегистрированной в интернет-каталогах организаций.
12. Вести собственный регистр пациентов, нуждающихся в получении льгот. Вести базу данных пациентов.
13. Состоять в общественных советах при ТО Росздравнадзора, органе управления здравоохранением региона, при иных органах власти и их руководителях. Участвовать в работе советов и всех доступных общественно-государственных переговорных площадок.
14. Вести текущую работу с органами власти. Руководители НКО должны быть лично знакомыми с ключевыми руководителями вплоть до губернатора. Выяснять и удовлетворять их запросы во взаимодействии с пациентами (сбор и распространение информации, мероприятия). Представлять права пациентов, обращать внимание органов власти на нарушения прав, несоответствие ситуации общественным интересам (неформально, а по необходимости формально – в жалобах и обращениях). Вести оценку работы органов власти, учреждений, специалистов. Инициировать новые формы взаимодействия и мероприятия. Участвовать в мероприятиях органов власти.
15. Вести консультирование пациентов. Оказывать психологическую помощь пациентам. По возможности проводить мероприятия для пациентов: информирующие, обучающие, досуговые (консультации, школы, семинары, вебинары, встречи, реабилитирующие занятия, клубы взаимопомощи). Активизировать пациентов (участие в мероприятиях, в работе НКО, в жалобах). По необходимости помогать в ведении судов.

16. Вести текущее взаимодействие с представителями профессионального медицинского сообщества. Быть знакомыми с основными экспертами в сфере. Обмениваться информацией. Выяснять и удовлетворять их интересы в информации и взаимодействии с пациентами. Защищать их профессиональные интересы. Вовлекать их в работу НКО как экспертов, ведущих мероприятий, как разработчиков, авторов, консультантов, исследователей и так далее.
17. Вести текущее взаимодействие с волонтерским сообществом. Знать волонтерские службы и другие точки сосредоточения потенциальных волонтеров. Вовлекать их в работу НКО. Ставить им задачи, контролировать их выполнение. Поощрять отличившихся, выяснять и удовлетворять их интересы, социальную мотивацию.
18. Вести текущее взаимодействие со СМИ. Вести базы данных СМИ. Знакомится с журналистами и редакторами. Оценивать работу НКО как источник информационных поводов, готовить информацию для СМИ. Проводить мероприятия для прессы: встречаться с журналистами, проводить рассылки пресс-релизов, круглые столы, пресс-туры, брифинги, деловые обеды, пресс-конференции.
19. Взаимодействовать с некоммерческим сообществом региона. Знать основные профильные НКО и ресурсные центры НКО. Иметь с ними постоянные контакты. Состоять в объединениях НКО – ассоциациях, коалициях, союзах. Принимать участие в мероприятиях других НКО и ассоциаций НКО.
20. Вести финансовую фандрайзинговую деятельность: писать грантовые заявки, работать со спонсорами и благотворителями, взаимодействовать с коммерческими заказчиками (здесь необходимо особое внимание уделять этичности деятельности, соблюдению комплаенса и защите прав пациентов), работать над получением государственного и муниципального заказа и субсидий.

Стратегическое управление общественной организацией

Тема управления является ключевой для деятельности любой организации. Эффективное управление для НКО особенно важно, поскольку НКО всегда осуществляет некую социально важную миссию, не ставит целью зарабатывание денег и в силу этой специфики зачастую ограничена в ресурсах. А от деятельности НКО пациентов часто зависит самое важно – здоровье и сама жизнь пациентов и качество жизни их близких.

После образования НКО само собой подразумевается, что каждая организация, выбравшая ту или иную из законодательно закрепленных форм (фонд, некоммерческое партнерство и т.п.) автоматически получает достаточный набор признаков, чтобы быть названной «организацией». На самом же деле, даже если НКО официально зарегистрирована и имеет Устав и Программу, это далеко не всегда организация. НКО – это не просто группа людей, объединенных некой идеей и миссией и разделяющих общие ценности. Когда мы говорим об НКО как организации, то нам приходится рассматривать НКО как базу для обеспечения, поддержания, сохранения и воспроизводства основного «производственного» процесса, рабочих и «чисто человеческих» отношений, управленческого процесса и процесса принятия решений.

Вопросы управления, планирования, маркетинга, взаимоотношений в коллективе, связей с общественностью, взаимодействия с государством обычно

считаются «вторичными» по отношению к основной деятельности НКО. Но именно недостатки в организационном строительстве, управлении и организационном развитии НКО часто губят множество прекрасных идей. Невнимание к оргразвитию НКО со стороны самих НКО идет вразрез с тем, что сегодня управленческие решения приходится принимать во все более сложном контексте проходящих в стране процессов, значительно изменяющих условия деятельности и предъявляющих к НКО новые требования.

Внешние процессы в России, влияющие на НКО

НКО, представляющие интересы своих целевых групп, также вынуждены приспособливаться к изменению внешних условий. Основные внешние процессы, от которых зависят НКО, это:

- трансформация целевых групп и их интересов;
- изменение правовой базы;
- появление новых форм взаимодействия с государством;
- развитие общественной экспертизы;
- судебно-правовая реформа;
- профессионализация третьего сектора;
- формирование рынка услуг и другие тенденции.

Также в пациентские НКО зависят от конкретных нововведений в сфере государственного управления здравоохранением: программ, порядка финансирования здравоохранения, локальных кампаний в здравоохранении, объема и состава государственных обязательств, льгот, механизмов их реализации и т.п.

Для устойчивого функционирования в современных условиях НКО уже не могут ограничиться обеспечением таких считающиеся традиционно «оргразвивающими» сфер деятельности, как уточнение миссии организации, стратегическое планирование, разработка проектов, подбор и расстановка сотрудников, сбор и привлечение средств, привлечение добровольцев, работа со средствами массовой информации и другие.

Формирование гражданского общества в России, принятие новых законов, изменения отношений между различными участниками демократических преобразований в стране выдвигают на первый план новые направления:

- социальное партнерство и взаимодействие с государством, бизнесом и населением;
- социальный маркетинг и формирование общественного мнения;
- укрепление сотрудничества с другими общественными организациями;
- развитие инфраструктуры третьего сектора;
- подготовка и обучение сотрудников и добровольцев и др.

Не будет преувеличением сказать, что успех, имидж, статус, авторитет, стабильность любой НКО в динамике в значительной степени зависят от того, насколько состояния и процессы внутренней жизни НКО адекватны меняющимся условиям во внешней среде:

- оргструктура и ресурсный потенциал НКО соответствуют масштабам и специфике ее деятельности;
- внутренние затраты на планирование оргразвития НКО адекватны потребностям в адаптации функционально-должностной оргструктуры к изменяющимся условиям деятельности;
- внешняя оценка достигнутых результатов совпадает с внутренней самооценкой (процедурная обеспеченность, контроль);
- приоритетность новых целей и задач, не разрушающих миссию НКО;

- адекватны остроте проблем целевой группы или зоны ответственности НКО;
- взаимодействие с государством, бизнесом и другими НКО строится на осознанной взаимозависимости при решении социально-значимых задач.

Основные понятия

НКО – это целенаправленная система:

- объединяющая людей, разделяющих общие ценности,
- обеспечивающая и координирующая их деятельность по достижению целей и выполнению задач по удовлетворению потребностей целевой группы в условиях изменяющейся среды.

Оргуправление – это совокупность функций, связанных с осуществлением и руководством основной и вспомогательной деятельности НКО, принятием решений, касающихся жизни самой организации и ее взаимодействия с внешней средой.

Оргразвитие – это мероприятия (акции) в масштабе всей организации, запланированные и проводимые со стороны руководства для повышения эффективности деятельности (внутренний аспект) и усиления выживаемости организации (внешний аспект) в условиях изменяющейся среды посредством внесения изменений в процессы и структуры организации, на субъекты и слои внешней среды, не приводящие к деструктивному разрушению миссии НКО и социально-психологического климата в ней.

Помимо традиционных функциональных позиций (бухгалтер, директор, менеджер), сегодня НКО нуждаются в следующих специалистах:

- фандрайзер – специалист по сбору средств и привлечению ресурсов,
- специалист по маркетингу – сотрудник, ответственный за взаимовыгодный обмен,
- «имиджмейкер» – ответственный за «лицо» НКО во внешнем мире,
- юрист – ответственный за правовое обеспечение работы НКО,
- «интернетчик» – специалист по телекоммуникациям,
- менеджер офиса – ответственный за организацию труда в офисе,
- служба безопасности – охрана сотрудников и имущества НКО.

Эти новые «профессии» в НКО дополняют перечисленные ранее элементы оргуправления и, формируя расширенную область деятельности НКО, образуют предпосылки для устойчивого функционирования и развития организации:

- формирование общественного мнения;
- социальная реклама и социальный маркетинг;
- правовое обеспечение,
- социальное партнерство (взаимодействие НКО с государством и бизнесом);
- информационно-телекоммуникационная активность НКО;
- современная организация работы офиса.

Очевидно, что для подавляющего большинства НКО штат ограничивается 3-7 сотрудниками. Как правило, это руководитель (директор) НКО, программный директор, главный бухгалтер, секретарь-референт (технический работник), специалист по ЭВМ и – редко – менеджер офиса. Часто используются:

- «совмещение» - сотрудники НКО кроме своих основных исполняют и некоторые новые обязанности (как правило, руководитель НКО берет на себя функции фандрайзера и имиджмейкера);

- привлечение оплачиваемых внешних консультантов;
- временное вовлечение внешних консультантов на добровольной основе;
- использование услуг инфраструктурных и ресурсных центров поддержки НКО.

Пространство организационного развития НКО

После введения основных понятий договоримся о контексте, в котором будет проходить анализ проблем, требований к оргразвитию и путей совершенствования НКО и ее связей со средой. Будем условно называть все эти элементы анализа пространством оргразвития НКО. Пространство оргразвития НКО состоит из двух важнейших частей: внутренней и внешней.

Внутренняя часть включает характеристики оргструктуры НКО и структуры неформальных отношений между ее членами, а также процессов (деятельности, управленческого и процесса принятия решений), преобразующих входные потоки ресурсов в «продукцию» НКО. Внешняя часть касается характера взаимодействия НКО со средой. При этом различается взаимодействие НКО с другими субъектами среды и взаимодействие со слоями в среде.

В зависимости от того, как соотносятся интересы НКО с интересами субъектов среды, тип взаимодействия варьируется от собственно взаимодействия в различных проявлениях (совпадение интересов) до противодействия (несовпадающие конфликтные интересы) или полного отсутствия взаимодействия (несовпадающие или не выявленные интересы).

Взаимодействие НКО со слоями среды целиком определяется активностью НКО и строится по принципу «от полного невмешательства в трансформацию среды через выборочное воздействие на отдельные ее компоненты до осознанного конструирования изменений в среде в целом или в любом из трех названных ее слоях».

Современное стратегическое управление на практике должно представлять собой управление, состоящее из двух взаимодополняющих подсистем: анализа и выбора стратегической позиции организации и оперативного управления в реальном масштабе времени. В отличие от стратегического планирования стратегическое управление является действенно ориентированной системой, которая включает в себя процесс разработки, реализации стратегии, а также оценку её и контроль.

Кроме того, стратегическое управление означает также, что характер управления должен быть упреждающим, а не реактивным, означая не просто реагирование на события во внешней среде и адаптацию к этим изменениям, но и активное воздействие на факторы внешней среды для создания более благоприятной для организации ситуации.

Необходимость использования стратегического управления в процессе совершенствования управления деятельностью некоммерческих организаций, помимо современной общей тенденции перехода к стратегическому управлению, свойственной всем организациям в мире, учитывает и специфическую особенность непосредственно некоммерческих организаций: их большую (по сравнению с коммерческими организациями) зависимость от внешней среды, так цели уставной деятельности и источники дополнительных преимуществ НКО (привлечение добровольцев, получение грантов, благотворительной помощи и т.д.) в большинстве случаев носят внешний характер.

В то же время стратегическое управление некоммерческими организациями существенно отличается от стратегического управления коммерческими

организациями, так как целевое предназначение некоммерческих организаций (миссия и другие цели) жестко закреплено в учредительных документах НКО и не изменяется свободным образом, как это наблюдается в отношении организаций бизнеса.

Следовательно, стратегическое управление для некоммерческих организаций, в отличие от классического варианта стратегического управления, начинается не с формирования миссии и других целей организации (так как они фактически заданы в уже действующей организации и их надо лишь верно сформулировать), а с проведения внешнего анализа. Последовательность и содержание остальных этапов стратегического управления (проведение внутреннего анализа, разработка стратегии, ее реализация, оценка и контроль) не подлежат изменению.

В то же время, если некоммерческая организация, помимо уставной деятельности осуществляет и предпринимательскую деятельность, то стратегическое управление осуществляется ею по «предпринимательскому» (классическому) варианту с обязательными для предпринимательской деятельности НКО ограничениями (соответствие целям уставной деятельности, отсутствия возможности распределять прибыль между участниками и т.д.).

В любом случае эффективное управление некоммерческими организациями в современных рыночных условиях должно быть представлено в виде научного стратегического управления и основываться на необходимости учета специфики внешней среды, которая предопределяет в дальнейшем содержание всех последующих этапов стратегического управления.

Следует особо отметить, что механизм управления некоммерческой организацией в современных условиях определяется ее учредительными документами и не может быть изменен в одностороннем порядке руководством НКО. Это связано с тем, что Законом РФ «О некоммерческих организациях» и другими федеральными законами указывается структура органов управления, порядок их формирования (назначение или избрание), сроки полномочий, компетенция и порядок принятия ими решений, выступлений от имени некоммерческой организации; особо выделяются основы управления некоммерческой организацией, характеризуется высший орган управления НКО, определяется исполнительный орган некоммерческой организации и т.д.

Поэтому совершенствование системы управления некоммерческими организациями на основе применения научного стратегического управления должно подразумевать не изменение механизма функционирования системы управления НКО, а *изменение его ориентации (с внутренней на внешнюю)*, то есть смещение акцентов внимания руководителей на потребителей, конкурентов, рынок и т.д. (в соответствии с современной концепцией управления) и *изменение подхода к организации управления (от примитивно-интуитивного к научному)*.

Практически в отношении высших органов управления (на которые федеральными законами РФ возлагается решение таких вопросов, как изменение устава некоммерческой организации; определение приоритетных направлений деятельности некоммерческой организации, принципов формирования и использования ее имущества; образование исполнительных органов некоммерческой организации и досрочное прекращение их полномочий; утверждение годового отчета и годового бухгалтерского баланса; утверждение финансового плана некоммерческой организации и внесение в него изменений; создание филиалов и открытие представительств некоммерческой

организации; участие в других организациях; реорганизация и ликвидация некоммерческой организации), это означает разработку на долгосрочную перспективу (до 5 лет) *стратегии развития организации* в соответствии с требованиями внешнего рыночного окружения, принятие стратегических решений.

При этом подразумевается целая совокупность необходимых действий с использованием специального методического инструментария: определение наиболее главных факторов, влияющих на деятельность некоммерческой организации (с использованием, например, PEST-анализа); изучение результатов маркетинговых исследований рынка, потребителей, конкурентов, возможных партнеров и т.д.; определение внешних угроз и возможностей по отношению к данной организации, её сильных и слабых сторон (с использованием SWOT-анализа); выявление, какие именно из них могут стать основой для получения конкурентных преимуществ (с применением отраслевого и конкурентного анализов) в соответствии с ключевыми факторами успеха, общими как для всего некоммерческого сектора и для данного вида уставной деятельности (например, для медицинской, образовательной, научной и т.д.), так и для связанной с ней предпринимательской деятельности НКО и, в конечном итоге, разработка программы соответствующих действий по повышению конкурентоспособности данной некоммерческой организации.

При разработке стратегии требуется обязательное использование принципиальных основ научного управления, в первую очередь, системного подхода, основанного на представлении, что любая организация может быть представлена как открытая система, встроенная во внешний мир, и что ключевая роль при этом отводится управлению, которое должно поддерживать баланс и координацию трех основных процессов организации: получении ресурсов из внешней среды, преобразования ресурсов в продукт (услугу), реализацию продукта (услуги) во внешней среде и ситуационного подхода – позволяющего учитывать особенности ситуации, сложившейся в определенный момент времени. Другими словами, необходима реализация общего принципа управления НКО – принципа гибкости и адаптивности к постоянным изменениям внешней среды.

Обеспечение реализации соответствующей стратегии развития некоммерческой организации предполагает разработку и выполнение исполнительными органами управления НКО тактических мероприятий (на срок до 1 года) на основе интенсивного использования научных принципиальных основ и соответствующих им методов для организации эффективного управления некоммерческими организациями.

При этом управленческие функции планирования, организации структуры управления, мотивации к труду, контроля выполняются в пределах полномочий высших и исполнительных органов управления, которые предусмотрены в учредительных документах. В то же время сильно усложняются коммуникации как внутри организации, так и особым образом во внешних связях в результате изменения требований к ним, усиления обратной связи, переориентация не на пассивную адаптацию к изменениям внешней среды, а на активное воздействие на нее, использование PR, активного и тщательно продуманного взаимодействия со СМИ, осуществления поиска партнеров, активного формирования общественного мнения о проблеме и о самой организации и т.д.

Результатом применения стратегического управления должны стать

управленческие решения, основанные на более жестких требованиях к ним, ориентированные на обязательное соответствие требованиям внешней среды, учитывающие передовой зарубежный и отечественный опыт и способствующие достижению целей НКО.

В заключение необходимо указать, что самым важным условием эффективного применения стратегического управления НКО, на наш взгляд, является повышение уровня квалификации руководства некоммерческих организаций – представителей их высших и исполнительных органов; применение на практике новых принципов и методов работы с органами государственной и муниципальной власти, возможными партнерами, зарубежными организациями, СМИ, коммерческими структурами и частными лицами (что означает участие в конкурсах государственного и муниципального заказа, разработку проектов, программ, применение технологии фандрайзинга – привлечения средств в НКО и т.д.).

Второе условие – использование дополнительных специфических преимуществ НКО (наличие налоговых льгот, привлечение новых членов некоммерческой организации, ее добровольных помощников и т.д.).

Третье – развитие предпринимательской деятельности, создание новых соответствующих подразделений, изменение структуры управления и совершенствование предпринимательских навыков. Это связано с тем, что ориентация только на внешние источники формирования структуры доходов делает некоммерческие организации очень уязвимыми и неустойчивыми.

Четвертое – сосредоточение внимания на использовании интеллектуального потенциала персонала своих организаций, стремление к гуманизации управления; обоснование стратегии, а также тактики не только на строгих научных рекомендациях, но и на интенсивном использовании творчества и инноваций.

Пятое – учет новых требований современных российских условий перехода к рынку: необходимости повышения качества товаров и услуг, создания соответствующего имиджа организации, соблюдения деловой этики, налаживания связей с общественностью (PR) и т.д.

Наконец, в качестве критериев, по которым будет производиться оценка практической реализации стратегии, может быть использовано качественное или количественное выражение параметров, в основе которых могут быть ключевые факторы успеха некоммерческих организаций (уровень квалификации персонала, сотрудничества с органами власти, организациями бизнеса, другими НКО, контактов со СМИ, уровень качества товаров (услуг), использования труда добровольцев, количество успешно реализованных программ и т.д.).

Таким образом, совершенствование управления деятельностью некоммерческих организаций на основе применения стратегического управления подразумевает смещение акцентов внимания руководителей в сторону учета требований внешней среды, применение научного подхода к организации управления, изменение работы высших и исполнительных органов власти, процесса принятия решения, качества внутренних и внешних коммуникаций, функционирования всех подсистем управления уставной и предпринимательской деятельности НКО. Качественное улучшение каждого из указанных составных элементов системы управления этими организациями должно в итоге составить (с учетом синергетического эффекта) значительное улучшение управленческой деятельности НКО.

Целеполагание и руководящие документы 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.

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 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. Также 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, аккумулирования ресурсов, взаимодействия внутри коллектива и организации с внешними группами.

Некоммерческий сектор отличается большим разнообразием организационных форм, широким спектром социально значимых целей и задач, ради которых создаются некоммерческие организации. В подобных условиях для успешного управления некоммерческой организацией полезно сформулировать ее миссию. Формулировка миссии способна придать работе руководителей и рядовых сотрудников НКО осмысленность и целенаправленность, позволить им лучше видеть и осознавать не только то, что они должны делать, но и то, для чего они осуществляют свои действия.

Один из основоположников и лидеров российской школы менеджмента О.С.Виханский дает широкое и узкое определение миссии: «В широком понимании миссия – это философия и предназначение, смысл существования организации. Философия организации определяет ценности, убеждения и принципы, в соответствии с которыми организация намеревается осуществлять свою деятельность. Предназначение определяет действия, которые организация намеревается осуществлять, и то, какого типа организацией она намеревается быть. ... В узком понимании миссия – это сформулированное утверждение относительно того, для чего или по какой причине существует организация, т.е. миссия понимается как утверждение, раскрывающее смысл существования организации, в котором проявляется отличие данной организации от ей подобных».

С управленческой точки зрения миссия представляет собой основу для установления целей организации, помогает выработке стратегических планов, способствует лучшему пониманию платными сотрудниками и волонтерами смысла и содержания их деятельности в организации, повышает мотивацию. Кроме того, миссия способствует формированию или закреплению определенного имиджа организации в представлении доноров и партнеров некоммерческой организации.

Хорошо сформулированная миссия проясняет то, чем является организация и какой она стремится быть, а также показывает отличие организации от других, ей подобных. Для этого в формулировке миссии следует постараться кратко и ясно отразить основную цель, содержательную сферу и географический регион деятельности организации, а также ее философию. При этом миссия должна быть сформулирована таким образом, чтобы она исключала возможность неоднозначного толкования, но в то же время оставляла простор для творческого и гибкого развития организации.

Формулировка миссии находит свое закрепление в положении о миссии

организации.

Миссия организации как сформулированное утверждение обычно вырабатывается ее высшим руководством. Нередко формулировка миссии задается основателем организации. Однако даже наличие так называемого положения о миссии далеко не всегда позволяет говорить о том, что в организации существует миссия. Для этого необходимо, чтобы сформулированные в положении о миссии утверждения разделялись если не всеми, то большинством сотрудников организации. Организация обретает миссию тогда, когда члены организации согласны с ней и следуют в своей деятельности ее положениям.

Если миссия не была изначально задана основателем или учредителями организации, целесообразно сделать процесс ее разработки открытым, привлечь к нему представителей групп лиц, заинтересованных в успешной деятельности и в развитии организации. К таким группам относятся учредители, попечители организации, ее сотрудники, волонтеры, члены. Наряду с этим, полезным может оказаться и привлечение представителей постоянных партнеров организации, крупных доноров, представителей органов власти, с которыми организация регулярно сотрудничает или планирует сотрудничать.

Варианты формулировок в положение о миссии для обсуждения готовит руководство организации, однако на обсуждение можно вынести и формулировки, предложенные другими участниками процесса. После проведения обсуждения согласованную редакцию положения следует разослать всем, кто принимал участие в обсуждении, для ознакомления и возможных комментариев и поправок. Окончательный вариант готовится руководством организации с привлечением ключевых участников процесса. Подобная процедура позволяет учесть мнение заинтересованных в успешной работе организации лиц, обеспечить их поддержку.

Помимо Миссии как некой общей (может быть даже недостижимой) благой цели у организации должна быть сформулированы конкретная цель и конкретные задачи, а также Видение – описание места организации в ее профессиональной сфере.

Цель не должна быть процессом («содействие» чему либо, участие в чем-либо и т.п.), она должна быть конкретна и конечна и находится в общем фарватере миссии.

Задачи могут формулироваться либо как шаги в достижении цели, либо как основные направления деятельности, реализация которых приведет к достижению цели.

Управление локальными проектами общественной организации

Для своего существования НКО должна иметь ресурсы: трудовые, информационные, имиджевые, материальные и, наконец, финансовые.

Сегодня основным способом организации деятельности НКО и одновременно фандрайзинга (привлечения ресурсов) является метод проектов.

Что такое проект? Возьмем пример из обычной жизни. Многие люди время от времени осуществляют проекты, причем не только на работе, но и в своей повседневной жизни. Вот некоторые примеры: ремонт в квартире, написание книги, покупка машины, подготовка к юбилею.

Все эти виды деятельности имеют между собой целый ряд общих признаков, делающих их проектами:

- они направлены на достижение конкретных целей;
- они включают в себя координированное выполнение взаимосвязанных действий;
- они имеют ограниченную протяженность во времени, с определенным началом и концом;

– все они в определенной степени неповторимы и уникальны.

В общем случае, именно эти четыре характеристики отличают проекты от других видов деятельности. Каждая из перечисленных характеристик имеет важный внутренний смысл, и поэтому мы их рассмотрим более подробно.

Специфика проектов, как формы организации деятельности

1. Направленность на достижение целей

Проекты всегда нацелены на получение определенных результатов, иными словами, они направлены на достижение поставленных целей. Именно эти цели являются движущей силой проекта, и все усилия по его планированию и реализации предпринимаются для того, чтобы эти цели были достигнуты. Проект обычно предполагает целый комплекс взаимосвязанных целей и задач.

Например, основной целью проекта может быть ремонт школы. Промежуточными целями (подцелями) могут быть, например, капитальный ремонт спортивного зала, косметический ремонт столовой и замена линолеума в коридорах. В капитальном ремонте спортзала, в свою очередь, также могут быть выделены цели и задачи более низкого уровня: замена оконных рам, полового покрытия, установка новых тренажеров и так далее.

Тот факт, что проекты ориентированы на достижение цели, имеет огромный внутренний смысл для управления ими. Прежде всего, он предполагает, что важной чертой управления проектами является точное определение и формулирование целей, начиная с высшего уровня, а затем постепенно опускаясь до наиболее детализированных целей и задач. Кроме того, отсюда следует, что проект можно рассматривать как преследование тщательно выбранных целей, и что продвижение проекта связано с достижением целей все более высокого уровня, пока, наконец, не достигнута конечная цель (для данного проекта).

2. Координированное выполнение взаимосвязанных действий

Проекты сложны уже по самой своей сути. Они включают в себя выполнение разнообразных взаимосвязанных действий. В отдельных случаях эти взаимосвязи достаточно очевидны, в других случаях они имеют более тонкую природу. Некоторые промежуточные задачи не могут быть реализованы, пока не завершены другие задачи; некоторые процессы могут осуществляться только параллельно, и так далее. Если нарушается синхронизация выполнения разных задач, весь проект может быть поставлен под угрозу. Если немного задуматься над этой характеристикой проекта, становится очевидно, что проект - это система, то есть целое, складывающееся из взаимосвязанных частей, причем система динамическая, и, следовательно, требующая особых подходов к управлению.

3. Ограниченная протяженность во времени

Проекты выполняются в течение конечного периода времени. Они временны. У них есть более или менее четко выраженные начало и конец. Проект заканчивается, когда достигнуты его основные цели. Значительная часть усилий при работе с проектом направлена именно на обеспечение того, чтобы проект был завершен в намеченное время. Для этого готовятся графики, показывающие время начала и окончания этапов и задач, входящих в проект.

Отличие проекта от производственной системы заключается в том, что проект является однократной, не циклической деятельностью. Однако в последнее время проектный подход все чаще применяется и к процессам, ориентированным на непрерывное воспроизведение действий. Особенно характерно применение

проектных методов при выпуске продукции или оказании услуг под конкретный индивидуальный заказ. В любом случае проект существует ровно столько времени, сколько требуется для получения конечного результата.

4. Уникальность

Проекты – мероприятия в известной степени неповторимые и однократные. Вместе с тем, степень уникальности может сильно отличаться от одного проекта к другому. Ассоциация учащейся молодежи в свое время проводила профильные профориентационные смены для старшеклассников по программе «Город мастеров». Суть самой программы и механизмы реализации задач программы принципиально не изменялись. Но наполнение программы различными мероприятиями каждый раз отличалось чем-то новым. Степень уникальности данного проекта в этом случае зависела от особенностей кадрового состава реализаторов и базовой площадки, на которой реализовывалась программа.

С другой стороны, если вы разрабатываете уникальный прибор или технологию, вы, безусловно, имеете дело с задачей весьма уникальной. Вы делаете то, что никогда раньше не делалось. И поскольку прошлый опыт может в данном случае лишь ограниченно подсказывать вам, чего можно ожидать при выполнении проекта, он полон риска и неопределенности.

Проектная деятельность, однако, не противоречит концепции функционирования школы или общественного объединения и вполне совместима с ней. Напротив, работа по проектам часто становится основной формой деятельности организации.

Проектирование

Термин «проектирование» происходит от лат «projectus» (брошенный вперед), это процесс создания прототипа, прообраза предполагаемого или возможного объекта, состояния, специфическая деятельность, результатом которой является научно-теоретически и практически обоснованное определение вариантов прогнозируемого и планового развития новых процессов и явлений. Проектирование – составная часть управления, которая позволяет обеспечить осуществление управляемости и регулируемости некоторого процесса.

Среди наиболее часто встречающихся определений проектирования в отечественной и зарубежной литературе хотелось бы остановиться на следующих:

- проектирование – это конструирование вариантов оптимального с точки зрения целей будущего состояния объекта;
- проектирование – приспособление имеющихся средств для выполнения требуемой цели, координация составных частей или отдельных действий для получения необходимого результата;
- проектирование – это конструирование оптимального удовлетворения суммы истинных потребностей при определенном комплексе условий;
- проектирование – это моделирование предполагаемых действий их осуществления, пока не появится полная уверенность в конечном результате;
- проектирование – это принятие решений в условиях неопределенности.

Обобщая указанные определения проектирования и учитывая специфику всех их, представляется, что социальное проектирование есть конструирование в социальной деятельности.

Субъектом социального проектирования являются различные носители управленческой деятельности: как отдельные личности, так и организации, трудовые коллективы, социальные институты, общественные объединения, инициативные группы и т.п., ставящие своей целью организованное, целенаправленное преобразование социальной действительности. Необходимая сторона субъекта – его социальная активность, непосредственное участие в процессе проектирования. От знания и умения, творчества и мастерства, культуры и уровня мышления субъекта проектной деятельности, от конкретных способностей людей анализировать и синтезировать информацию и выдавать оригинальные идеи во многом зависит качество разрабатываемых проектов.

Объектом социального проектирования называют системы, процессы организации социальных связей, взаимодействий, включенных в проектную деятельность, подвергающиеся воздействиям субъектов проектирования и выступающие основанием для этого воздействия.

В проблемном поле социального проектирования попадают объекты самой различной природы:

- объекты, поддающиеся организованному воздействию: элементы, подсистемы и системы материального и духовного производств (средства и предметы труда, социальная технология, техника как совокупность орудий труда, средства жизни, духовная культура, социальная деятельность и т. п.);
- человек как общественный индивид и субъект исторического процесса и социальных отношений с его потребностями, интересами, ценностными ориентациями, установками, социальным статусом, престижем, ролями в системе отношений;
- различные элементы и подсистемы социальной структуры общества (трудовые коллективы, регионы, социальные группы и т. п.);
- разнообразные общественные отношения (политические, идеологические, управленческие, эстетические, нравственные, семейно-бытовые, межличностные и т. п.);
- элементы образа жизни (жизненные позиции, способы жизнедеятельности, качество и стиль жизни и т. п.).

Технологические стратегии, применяемые в процессе социального проектирования, варьируются в зависимости от конкретной проектной ситуации.

Линейная стратегия. Линейная стратегия применяется, как правило, в качестве взаимосвязанных последовательных действий, в которых каждое действие зависит от исхода предыдущего, но не зависит от результатов последующих действий.

Разветвленные стратегии. Разветвленные стратегии социального проектирования позволяют осуществлять многовариантную и альтернативную деятельность, включающую в себя поэтапное сопоставление вариантов, которые могут развиваться независимо друг от друга, проектов, что помимо других преимуществ, позволяет подвергать взаимодополнению проектные модели нескольких проектировщиков.

Циклические стратегии. Применение циклической стратегии социального проектирования позволяет возвращаться непосредственно в процессе проектной деятельности к одному из предыдущих этапов конструирования.

Адаптивные стратегии. Адаптивные стратегии предусматривают лишь начальное проектное действие, тогда как выбор последующих зависит от результатов предшествующих действий.

В зависимости от позиции проектировщика можно выделить два типа проектных стратегий, которые, в свою очередь, позволяют относить социальные проекты к тем или иным типам (видам):

1. Ориентирован на сохранение и стабилизацию какой-либо социальной ситуации.
2. Предполагает механизмы изменения ситуации, внедрение новых технологий. Такие проекты должны предусматривать не только условия внедрения новаций в социальные процессы, но и механизмы преодоления возможных препятствий и блокирования возможного противодействия.

Социальные проекты (и программы) историко-культурной направленности, осуществляющиеся в форме общественного объединения, могут вполне успешно решить целый ряд социально-культурных проблем и педагогических задач: восстановление и развитие культурно-исторической среды обитания, ценностей и традиций, воспитание молодежи на основе непосредственного контакта с историей и культурой, формирование социально и граждански активной личности, творческое освоение исторического и культурного опыта.

Смысл оздоровительных программ, осуществляемых на базе культурно-досуговых учреждений, заключается в том, чтобы предоставить человеку дополнительные условия для достижения физического и психического благополучия, обеспечить широкий выбор программ физкультурно-оздоровительной ориентации, сформировать навыки самостоятельного обеспечения нормальной жизнедеятельности организма.

Социально-педагогические проекты ориентированы на нравственное совершенствование личности, должны стремиться к ликвидации образовавшегося в обществе дефицита позитивных социальных отношений, распространять и утверждать этику ненасильственного и бесконфликтного решения социальных и личностных проблем.

Проблемное поле социально-психологической культуры включает в себя: социально-психологическую неадаптированность, рост межэтнической напряженности, взаимонепонимание и неприятие этнокультурных различий.

Выявление и формулировка социально-культурных проблем, а также поиск вариантов их проектного решения представляют определенную трудность, ибо требуют целого комплекса званий и соответствующей подготовки: культурологический потенциал профессионального искусства и народного творчества, внеклубные формы самодеятельности, предусматривать участие в проектных мероприятиях неорганизованной самодеятельности.

В области проектирования, связанного с исторической культурой (и соответствующее направление культурной политики рассматриваемы наиболее актуальные проблемы, свидетельствующие о неблагополучии общества в отношении к собственной истории: утрата исторической преемственности духовно-нравственных идеалов, отсутствие интереса к культурному наследию, к национальным формам культурного творчества и т.д.)

Проекты и программы в сфере профессиональной культуры могут быть классифицированы следующим образом и, соответственно, решать различные задачи, например, такие как:

- образовательные и профориентационные, ориентированные на формирование личности, стремящейся к максимальной реализации интеллектуальных, эмоциональных и творческих возможностей в трудовой деятельности. Процесс обучения в рамках такого проекта должен по возможности дополнять и компенсировать издержки

- школьного образования, охватывая все сферы человеческой жизнедеятельности: труд, отдых, семью, профессию, досуг и т.д.;
- социально-реабилитирующие (например, программа для пожилых людей, способствующая освоению последними какой-либо новой для них профессий);
 - профессионально-адаптирующие (профессиональные клубы, создающие условия для наиболее полного самовыражения личности специалиста, реализации творческого потенциала человека в рамках основной профессии, формирования профессиональной этики);
 - профессионально-компенсирующие (в этом случае программа выступает в качестве средства решения проблем, вызванных отсутствием условий для самореализации в рамках основного вида деятельности).

Любой проект проходит через определенные этапы в своем развитии. Стадии жизненного цикла проекта могут различаться в зависимости от сферы деятельности и принятой системы организации работ. Однако у каждого проекта можно выделить начальную (прединвестиционную) стадию, стадию реализации проекта и стадию завершения работ по проекту. Это может показаться очевидным, но понятие жизненного цикла проекта является одним из важнейших для руководителя (менеджера) проекта, поскольку именно текущая стадия определяет задачи и виды деятельности, используемые методики и инструментальные средства.

Руководители проектов разбивают цикл жизни проекта на этапы различными способами. Например, в проектах по разработке программного обеспечения часто выделяются такие этапы, как осознание потребности в информационной системе, формулирование требований, проектирование системы, кодирование, тестирование, эксплуатационная поддержка. Однако наиболее традиционным является разбиение проекта на четыре крупных этапа:

- формулирование проекта,
- планирование,
- осуществление,
- завершение.

1. Формулирование проекта. Этот этап подразумевает функцию инициации проекта. На этом этапе идея проекта находит «текстуальное» воплощение, проводится изучение проблемы (формулирование целей и задач проекта, внутреннего потенциала команды и имеющегося задела) и поиск источников финансирования. Эффективное исследование темы и фондов поможет спланировать выполнение проекта и его бюджет.

2. Планирование. Планирование в том или ином виде производится в течение всего срока реализации проекта. В самом начале жизненного цикла проекта обычно разрабатывается неофициальный предварительный план – грубое представление о том, что потребуются выполнить в случае реализации проекта. Решение о финансировании проекта в значительной степени основывается на оценках предварительного плана. Формальное и детальное планирование проекта начинается после принятия решения о его реализации. Определяются ключевые точки (вехи) проекта, формулируются задачи (работы) и их взаимная зависимость. На этом этапе часто используются системы для управления проектами, предоставляющие руководителю проекта набор средств для разработки формального плана: средства построения иерархической структуры работ, сетевые графики и диаграммы Ганта, гистограммы ресурсов.

Как правило, план проекта не остается неизменным, и по мере осуществления проекта подвергается постоянной корректировке с учетом текущей ситуации.

3. Осуществление. После утверждения формального плана на руководителя (менеджера) проекта ложится задача по его реализации. По мере осуществления проекта руководитель должен постоянно контролировать ход работ. Контроль заключается в сборе фактических данных о ходе работ и сравнении их с плановыми. На практике отклонения между плановыми и фактическими показателями случаются всегда. Поэтому задачей менеджера является анализ возможного влияния отклонений в выполненных объемах работ на ход реализации проекта в целом и в выработке соответствующих управленческих решений. Например, если отставание от графика выходит за приемлемый уровень отклонения, может быть принято решение об ускорении выполнения определенных критических задач, за счет выделения на них большего объема ресурсов (естественно в пределах выделенного финансирования).

4. Завершение. Рано или поздно, но проект заканчивается. Проект заканчивается, когда истекает его срок и достигнуты поставленные перед ним цели. Иногда окончание проекта бывает внезапным и преждевременным, как в тех случаях, когда принимается решение прекратить проект до его завершения по графику. Как бы то ни было, но когда проект заканчивается, его руководитель должен выполнить ряд мероприятий, завершающих проект. Их конкретный набор зависит от характера самого проекта. Если в проекте использовалось оборудование, надо произвести его инвентаризацию и, возможно, передать его для нового применения. В случае подрядных проектов надо определить, удовлетворяют ли результаты условиям подряда или контракта. Особое внимание руководитель проекта должен обратить на подготовку заключительного отчета.

Привлечение грантовых финансовых средств

Принципы

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.
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 т.п.
- 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. Соотнесите конкурс с содержанием вашей работы и реальным состоянием вашей команды.
 - 3.3. Определитесь, насколько вы готовы участвовать в конкурсе. Вероятность победы новичка составляет 10-30%.
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 скрупулезны.
 - 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.

Принципы организации основных направлений деятельности

Действительно эффективной может быть только позитивно известная НКО. Без привлечения социального ресурса – возможностей ее партнеров – НКО как игрок на рынке социальных услуг, как собственно некоммерческая организация, созданная для получения общественной пользы, не существует.

Таким образом, формирование собственной позитивной известности и необходимого отношения целевых общественных групп к различным объектам является важнейшей задачей некоммерческой общественной организации.

При этом информационные программы НКО должны быть направлены не только на транслирование информации, но и на ее сбор. Как на старте любых процессов формирования отношения (для любых действий нужна информационная

база, причина), так и в ходе программ формирования отношения (процесс информационного взаимодействия должен быть двусторонним, в процессе информирования необходимо отслеживать обратную связь).

Цель информационных программ НКО в сфере здравоохранения

Изучение и формирование отношения представителей целевых групп к объектам деятельности НКО.

Задачи взаимодействия

1. Сбор информации об объективно существующей ситуации в сфере деятельности НКО, изучение общественного мнения к данным ситуациям и их составляющим.
2. Формирование позитивной известности НКО среди представителей целевых социальных групп.
3. Формирование отношения представителей целевых социальных групп к объектам (явлениям, процессам, структурам, персонам) в сфере деятельности НКО.
4. Привлечение ресурсов для решения уставных задач НКО.

Алгоритм взаимодействия

Информационные программы (или, по-другому – непрерывный процесс организации связей с общественностью) НКО реализуются по следующему общему алгоритму.

Сначала выявляется проблема, которую необходимо решить. Производится сбор информации о проблеме, о механизмах ее решения, точках принятия решений, которые могут «запустить» данные механизмы. Далее строится план работ, которые нужно произвести, событий, которые нужно организовать. И уже исходя из этого строится план информационного освещения данного события.

При этом необходимо помнить, что информационная работа – это не односторонний процесс информирования. Уважайте своих партнеров, учитывайте их запросы, мнения, возможности, ресурсы и интересы. Всегда организуйте информационные программы как гибкий двусторонний процесс, зависящий от нескольких участников, а не только от вас.

Если попытаться в целом оценить поле информационной работы НКО пациентов, то с определенной долей обобщения можно сказать, что есть две основных технологии – сбора информации и распространения и две больших группы – внешние аудитории и внутренние аудитории коммуникации.

Взаимодействие НКО пациентов с органами власти

Здравоохранение населения является одной из важнейших функций государства.

В силу того, что деятельность органов власти подчинена, в том числе, задаче обеспечения здравоохранения населения, а также в связи с тем, что в государственных структурах сосредоточены основные ресурсы здравоохранения и здесь же находятся все точки принятия решений о здравоохранении, органы власти объективно должны быть основным партнером общественных организаций в деле защиты прав пациентов.

Цель взаимодействия НКО и органов власти в сфере здравоохранения

Повышение качества и доступности медицинского обслуживания населения.

Задачи взаимодействия

Взаимодействуя с органами власти, НКО решают следующие важнейшие задачи:

1. Защита гарантированных государством прав пациентов.
2. Расширение прав пациентов, изменение алгоритмов, стандартов обслуживания населения.
3. Организация двусторонней коммуникации между органами власти и пациентским сообществом – информирование государства о проблемах, запросах и предложениях пациентов, информирование пациентов о работе государственных структур, разрешение спорных вопросов, вовлечение общественных ресурсов в систему государственного здравоохранения граждан и процессы ее оптимизации.

Принципы взаимодействия

В связи с вышесказанным одним из важнейших принципов эффективного и долгосрочного взаимодействия общественных организаций с органами власти является принцип взаимной общественно-государственной пользы.

Пациентские организации могут быть для государственных структур поставщиком информации, поставщиком задач развития, оценщиком адекватности и качества услуг, общественным экспертом идей, решений, процессов, информантом об опасностях и рисках, возникающих для органов власти в связи с нарушениями и неадекватными решениями и деятельностью, агентом информирования пациентского сообщества, агентом конструктивного взаимодействия с пациентами и привлечения общественных ресурсов к общей деятельности по повышению качества и доступности медицинских услуг, эффективности применения государственных ресурсов.

Необходимо обратить внимание, что речь здесь не идет о пассивном «комплементарном» обслуживании общественными организациями локальных интересов отдельных руководителей и властных структур вне зависимости от того, что именно они делают. Речь идет о твердом выражении позиции пациентского сообщества, предоставлении органам власти достоверной обратной связи с целью коррекции из деятельности для наилучшего выполнения органами власти задачи по здравоохранению населения.

Даже вступая в локальные конфликты в ходе противодействия коррупции, нарушениям законодательства, нарушениям общественных интересов, пациентские организации, в конечном счете, выступают в помощь государственной власти – в деле повышения качества и доступности медицинских услуг, повышения качества, эффективности, повышения управляемости государственной системы; в помощь обществу – в процессе получения качественной и доступной медицинской помощи.

Очевидно, что помимо взаимной пользы НКО во взаимодействии с государственными структурами должны руководствоваться принципами законности, достоверности и актуальности информации, открытости к сотрудничеству, конструктивности, сохранения врачебной тайны и персональных данных, принципа первичности интересов пациента и другими императивами, работающими на эффективное партнерское взаимодействие.

Степень активности НКО, вовлеченности НКО во взаимодействие с органами власти, степень полезности НКО для органов власти определяют то, насколько органы власти будут информированы о положении и мнении пациентского сообщества, насколько запросы пациентов будут удовлетворяться органами власти, и то, насколько органы власти будут поддерживать инициативы НКО и собственно организацию. А от последнего вновь будет зависеть эффективность НКО в помощи пациентам и государству.

Алгоритм взаимодействия:

Процесс взаимодействия НКО пациентов и органов власти может быть всеобъемлющим и включать в себя самые различные направления, способы и приемы совместной работы.

Неизменной остается общая логика работы НКО:

1. НКО собирают информацию, выявляют, анализируют проблемы, запросы, предложения пациентов.
2. НКО предъявляют общественности проблемы пациентов, актуализируют их для целевых групп, важнейшей из которых являются представители государственных структур.
3. НКО участвуют в выработке решений выявленных проблем (предлагают готовые решения, вырабатывают, инициируют процесс выработки).
4. НКО содействуют процессам принятия решения в государственных структурах относительно решения проблем.
5. НКО контролируют исполнение решений органов власти.
6. Получение НКО на основании всего вышеуказанного различных ресурсов от государственных структур – материальных, финансовых, организационных, имиджевых, статусных, правовых, информационных и т.п.

Технологии взаимодействия

Для реализации каждого из этапов данной работы возможно применение множества различных «локальных» технологий и приемов, которые будут зависеть от конкретной ситуации взаимодействия, опыта, целей и возможностей партнеров.

Вместе с тем существует ряд сквозных «универсальных» технологий взаимодействия с государственными структурами, которые в обязательном порядке в той или иной мере должны быть освоены и должны использоваться общественными организациями.

Важнейшие среди них:

1. Сбор и анализ информации.
2. Ведение информационных компаний (массовые коммуникации).
3. Организация личной очной коммуникации.
4. Ведение деловой переписки.
5. Взаимодействие через переговорные площадки.
6. Участие в общественном контроле.
7. Грантовый фандрайзинг.

Показатели успешности НКО во взаимодействии с органами власти

- Активисты НКО знают структуру органов власти, профильных органов власти, представляют себе сферы полномочий органов власти и алгоритмы их работы.

- НКО позитивно известна в профильных органах власти и учреждениях.
- Руководители НКО лично знакомы с руководителями профильных органов власти и учреждений.
- Представители НКО входят в постоянные и временные общественно-государственные структуры (советы, общественные палаты, комиссии и т.п.).
- Представители НКО системно участвуют в мероприятиях государственных и общественно-государственных мероприятиях (заседаниях, конференциях, круглых столах и т.п.).
- НКО проводит мероприятия с участием представителей органов власти.
- НКО периодически информирует органы власти и конкретных руководителей о состоянии профильной НКО сферы.
- Органы власти обращаются к представителям НКО за информацией о сфере, для приглашения представителей для участия в мероприятиях, для разрешения спорных вопросов, для обсуждения идей и проектов.
- НКО состоит в постоянной деловой переписке с профильными органами власти (запросы, жалобы, обращения, информационные письма, благодарности, предложения и т.п.).
- НКО участвуют в грантовых конкурсах, проводимых органами власти, получают грантовое финансирование.

Деятельность обществ пациентов по направлению «Общественный контроль здравоохранения»

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

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

В соответствии с Федеральным законом №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» от 21 июля 2014 г. контроль должен реализовываться на уровне регионов и муниципалитетов Российской Федерации силами Общественных палат и Общественных советов при активном участии граждан и общественных объединений.

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

В связи вышесказанным, одно из основных направлений деятельности Всероссийского союза пациентов – систематическое участие в общественном контроле здравоохранения.

Основными задачами системы участия ВСП в общественном контроле являются:

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

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

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

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

Для участия в общественном контроле в сфере здравоохранения на федеральном уровне Всероссийский союз пациентов обеспечивает методическую, организационную, аналитическую и представительскую поддержку процессов контроля.

Некоммерческие организации пациентов, заинтересованные в защите прав пациентов через участие в системе общественного контроля здравоохранения, должны выполнить следующие действия.

1. Выяснить в региональном органе управления здравоохранением, а также в территориальном управлении Росздравнадзора о наличии при данных органах власти Общественных советов по защите прав пациентов.

1.1. При наличии советов направить от имени руководителя организации пациентов (местной или при ее отсутствии - общероссийской) письма руководителю органа власти с просьбой включить руководителя (активиста) организации в состав совета в связи с высокой социальной значимостью проблемы, которую представляет ваша организация.

1.2. При отсутствии одного или обоих советов, предпринять ниже описанные шаги по их созданию.

2. Создание общественного совета при ТУ Росздравнадзора. Необходимо понимать, что формально советы уже созданы при всех ТУ Росздравнадзора. Однако на практике советы могут действовать формально или вообще бездействовать. Поэтому на первом этапе необходимо выяснить, существует ли совет на практике и можете ли вы в него войти. Для определения ситуации можно провести встречу с руководителем ТУ Росздравнадзора. Для формального обеспечения процесса вхождения в Совет необходимо:

2.1. Направить руководителю Территориального Управления Росздравнадзора письмо с просьбой о включении вас, как представителя НКО пациентов, в состав совета. В письме вы можете опираться на Указ Президента Российской Федерации от 4 августа 2006 г. N 842 «О порядке образования общественных советов», Приказ Росздравнадзора 25 января 2008 г. N 210-Пр/08 «О создании общественных советов при управлениях Росздравнадзора по субъектам РФ», Приказ Росздравнадзора от 29 января 2014 г. N 526 «О деятельности общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре» (см. Приложение.), а также на то, что ваша НКО занимается социально значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, представители которой нуждаются в помощи государства. Копию письма направить Председателю Общественного

- совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Власову Я.В. в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru).
- 2.2. В течении 30 дней вы должны получить от ТУ Росздравнадзора ответ на письмо. Если вас включили в состав совета, запрашиваете подтверждающие документы и приступаете к активизации деятельности совета. Если вас приглашают на заседание совета для рассмотрения вашей кандидатуры, вы принимаете участие в заседании совета, представляете в ходе доклада (желательно с презентацией) вашу НКО, себя, вашу проблематику, вопросы, которые вы хотели бы внести в работу совета. Если в ходе заседания вас не включают в состав совета, просите, чтобы причины не включения были занесены в протокол заседания. По итогам заседания вы получаете протокол заседания о включении или не включении вас в состав совета. При любом варианте развития событий ответ на ваш запрос, протокол о включении или не включении вас в совет вы направляете по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В.
 - 2.3. Если вы не включены в состав совета по причине того, что число его участников не может быть увеличено, выясните срок ротации членов совета и обратитесь с просьбой включить вас в состав совета во время ротации, а до тех пор просите включить вас в качестве ассоциированного члена и/или приглашать вас на заседания совета в качестве участника, эксперта, наблюдателя. Запросите в совете, где именно можно получить информацию о его составе, плане работы, новых заседаниях, результатах заседаний. Транслируйте полученные официальные ответы по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В. Так же к Председателю Совета вы можете обратиться для получения рекомендательных писем и разрешения конфликтных ситуаций, связанных с не включением вас в состав совета, бездеятельностью совета.
3. Для создания общественного совета при региональном органе управления здравоохранением.
 - 3.1. Связаться с коллегами из других обществ пациентов в регионе и договориться о совместной работе по созданию совета. Желательно провести общую встречу, на которой договориться о совместных действиях, распределении обязанностей и общей координации работы. Собрать контактные данные представителей пациентских НКО, желающих принять участие в совете.
 - 3.2. Подготовить совместное письмо с просьбой о создании Общественного совета по защите прав пациентов при региональном органе управления здравоохранением. В письме опираться на Приказ Министерства здравоохранения РФ № 437 от 23.10.12 г. «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации», Письмо Министерства здравоохранения РФ 60-0/10/2-2146 от 27.03.2013 о создании советов при органах государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, Письмо Министерства здравоохранения РФ 21-05/10/2-8641 от 20.11.2013 с Рекомендациями по созданию и деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов в субъектах РФ

- (Приложения 4-7). Подписать письмо могут любые пациентские организации. Внести всех подписантов и их координаты, поставить подписи. Образец письма приведен в Приложении 11.
- 3.3. Сделать несколько копий письма. Отправить письмо заказным с уведомлением о вручении или сдать в канцелярию администрации губернатора (на копии должны расписаться или поставить штамп).
 - 3.4. Через несколько дней узнать входящий номер письма в администрации губернатора и ответственное за это письмо должностное лицо.
 - 3.5. Провести встречу с вице-губернатором или с другим ответственным за этот вопрос лицом. Предварительно необходимо определить, в каком составе вы пойдете на встречу (можно идти и всем коллективом организаций, тогда это будет уже совещание). На встрече просить поддержать инициативу, при положительном отношении администрации необходимо договориться о разработке Положения о Совете, сроках и порядке формирования Совета. Если администрация губернатора все перешлет в региональный орган здравоохранения и встречу назначат там – соглашаться, т.к. Совет в любом случае будет при этом ведомстве.
 - 3.6. В случае если Совет уже есть, настаивать на том, чтобы представители общероссийских и межрегиональных организаций вошли в Совет. Провести встречу с руководителем органа власти, при котором действует совет. Для формального обеспечения процесса направить руководителю органа власти письмо с просьбой включить вас, как представителя НКО, которая занимается социально значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, в состав совета. Получить письменный ответ на письмо в течении 30 дней. В случае отказа требовать письменного указания причин.
 - 3.7. В случае отказа в создании Совета или включения в него представителей ваших организаций сообщить об этом факте руководству соответствующей общероссийской пациентской организации для последующего обсуждения в Министерстве здравоохранения РФ. При этом необходимо письменно изложить факты отказа в содействии, кто именно из представителей власти отказал, приложить письмо с отказом.

Организации взаимодействия НКО пациентов с волонтерами

Добровольчество – фундамент гражданского общества. Без добровольцев не существуют общественные организации и благотворительность. Без добровольцев отсутствует общественный контроль за действиями власти и бизнеса. Без добровольцев нет энергии для строительства общества, нет времени на людей, нуждающихся в помощи, нет таланта, чтобы решать социальные проблемы.

Но эффективное добровольчество, т.е. обеспечивающее все эти выгоды, не возникает спонтанно. Как и любая другая человеческая деятельность, оно является результатом тщательного планирования, хорошего менеджмента и исполнения. Вот почему для продвижения и поддержки добровольчества необходимо уделять внимание построению соответствующей инфраструктуры.

Целью некоммерческой организации пациентов является помощь людям, страдающим от заболеваний, повышение качества их жизни.

Так как сама по себе некоммерческая организация не может обладать всей полнотой ресурсов для решения этой задачи, то основным методом ее решения является *организация* силами НКО социальной (общественной, государственной, коммерческой и т.п.) деятельности по помощи пациентам.

То есть смыслом существования НКО является выявление точек, куда должны быть приложены социальные ресурсы, и привлечение этих ресурсов. В этой связи волонтерство (или добровольчество) является одним из основных принципов работы НКО.

Цель организации добровольческой деятельности в НКО пациентов

Привлечение общественных ресурсов в деятельность по выявлению и решению проблем пациентов, повышению качества жизни людей, страдающих от заболеваний.

Задачи организации добровольческой деятельности

1. Определение точек приложения усилий волонтеров.
2. Привлечение волонтеров: поиск, мотивация, обучение.
3. Организация текущей работы волонтеров.

Принципы организации добровольческой деятельности

- Солидарность с принципами и целями волонтерской организации (деятельность волонтера направлена на достижение целей данной организации и не противоречит ее принципам).
- Добровольность (никто не может быть принужден действовать в интересах организации).
- Безвозмездность (труд волонтера не оплачивается).
- Добросовестность (волонтер, взявший на себя обязательство содействия организации, должен выполнять все поставленные перед ним задачи).
- Законность (деятельность волонтера не должна противоречить правовым документам РФ).

Кто такие добровольцы?

Добровольцы – это самые обыкновенные люди, среди которых могут быть выходцы из различных социальных и возрастных групп, которые предлагают себя в качестве лица, в котором клиенты зачастую нуждаются больше всего: человека, сочувствующего чужому горю, умного и внимательного собеседника. Цель добровольца – пробудить в клиенте желание жить как можно более полноценной и насыщенной жизнью.

Самое главное, что можно предложить отчаявшимся людям, – это искреннее и доброе отношение.

Качества, которыми должны обладать добровольцы, – это умение слушать, коммуникативная компетентность, хорошее осознание себя как личности, задушевность, зрелость, восприимчивость, надежность, чувство здравого смысла и способность сохранять спокойствие в критической ситуации.

Все ли кандидаты обладают необходимыми качествами? Конечно, нет, но зачастую эти качества можно сформировать и развить.

Добровольцы, работающие в центрах социальной, медицинской и психологической помощи, должны проходить отбор и первичную подготовку в тех центрах, где им предстоит работать. Прежде чем доброволец приступит к работе, он должен быть подготовлен и тщательно проинструктирован.

Центры, оказывающие помощь нуждающимся, имеют свою специфику, связанную как с характером оказываемой помощи, так и с особенностями людей, которым она

Организация поиска добровольцев

Как и где искать добровольцев для организации, как определить их эффективность и прогнозировать как надолго они останутся в организации.

- Начните процедуру поиска добровольцев, консультируясь с ближайшим добровольческим центром, устанавливая контакты с организациями, в которых уже работали добровольцы в этом качестве.
- Будьте энтузиастом своего дела, когда привлекаете добровольцев. Старайтесь подходить к работе творчески.
- Четко опишите предлагаемую работу – ее содержание и навыки, требуемые для ее выполнения.
- Понаблюдайте некоторое время за потенциальными добровольцами, оцените их навыки, мотивацию, предпочтения и количество свободного времени, чтобы определить для работы с какой категорией людей они подойдут. Подберите правильно человека или организацию и добровольца, который будет с ними работать.
- Подберите команду добровольцев, которая будет контактировать с организациями и благополучателями, работать консультантами, участвовать в программах планирования и развития, а также заниматься фандрайзингом.
- Установите в организации систему регулярного поощрения, например, небольшие подарки, награды, обеды, заказ их собственных визитных карточек, гонорары, возможность регулярно общаться с другими добровольцами и штатными сотрудниками.
- Относитесь к добровольцам как к профессионалам, пусть у них будет персональная должность, необходимость которой в вашей организации нужно периодически подчеркивать.
- Имейте в виду, что добровольцы не могут делать все.

Что еще необходимо для того, чтобы работа добровольцев была эффективной?

Для того чтобы эффективность труда добровольцев повышалась, необходимо, чтобы в организации был назначен специальный сотрудник, который бы *постоянно* курировал деятельность добровольцев.

Координатором должен быть опытный специалист из числа сотрудников организации. Координатор отбирает добровольцев, решает вопросы их первичной подготовки и организации первичного повышения готовности. Это лицо принимает все окончательные решения по вопросам, касающимся работы добровольцев в Центре. Координатор также отвечает за взаимоотношения добровольцев с клиентами, со штатными сотрудниками Центра, а также между добровольцами внутри Центра.

Одна из задач Координатора – организация консультационной помощи добровольцам со стороны специалистов Центра или других более опытных добровольцев.

Одна из важнейших задач координатора заключается в том, чтобы подбирать и готовить добровольцев, которые способны были бы слушать, принимать, понимать и сопереживать тем, кто в этом нуждается.

2.2. Направления взаимодействия социально ориентированных НКО с внешними партнерами

Работа НКО как социального посредника между государственными структурами по определению должна быть основана на постоянном притоке информации. В данной связи важно опираться на опыт пациентских НКО и используемые ими каналы получения информации.

Источники информации для региональных пациентских НКО:

- Подопечные (члены организации, ассоциированные члены, благополучатели).
- Врачебное сообщество (прежде всего, главные специалисты, главврачи диспансеров, а также специалисты поликлиник).
- Аптечные сети, склады.
- Медицинские и социальные службы (бюро МСЭК, центры социальной помощи, реабилитации, управления социальной защиты населения).
- Органы власти.
- Общероссийские НКО.
- Другие пациентские НКО.

Взаимодействие с подопечными

Во многих региональных НКО в специальном канале получения информации от пациентов нет необходимости, ибо постоянно действующие публичные площадки (школы пациентов, круглые столы и др.) используются как для получения информации от всех стейкхолдеров (пациентов, врачебного сообщества, органов власти, МСЭК, пенсионного фонда, социального страхования и проч.), так и для передачи информации. Сбор информации от пациентов здесь существует не как отдельная процедура, а происходит в текущем режиме – по фактам обращений, жалоб, высказываемых в ходе прямых обращений и на мероприятиях организации. Такова стратегия работы НКО, ориентированных на охват очень большого количества пациентов (общественные организации онкологического профиля – Алтайский край)².

Каналы получения информации от подопечных:

- Обращения пациентов в организацию – самый распространенный канал получения информации. Формы обращений различны:
 - звонки, письма в организацию,
 - звонки на «горячую линию» (в ряде организаций это мобильный телефон председателя),
 - прямые обращения.
- Сбор информации во время публичных мероприятий организации: праздников, школ пациентов и др. (*«иногда я говорю, что решили проблему, и народ тут же подсказывает – на таких собраниях все всплывает»*). В Ульяновской области широко используется практика заполнения «проблемного листа» на публичных мероприятиях (на региональном Форуме пациентских организаций, на каждой школе пациентов регионального отделения МОД «Движение против рака»).

² Здесь и далее в разделе использованы данные Исследования лучших практик социально ориентированных некоммерческих организаций в сфере здравоохранения, проведенного в ходе исполнения Программы.

- Взаимодействие с патронажными медицинскими сестрами – в крупных организациях, где создана система патронажа, внутренняя или через фармкомпанию, как в ОООИ-БРС (*«кладезь живой информации... они постоянно перенаправляют больных к нам, дают телефон, помогают собирать школы»*).
- Телефонная связь с подопечными (звонки телефонные и скайп) – активность здесь зависит от загруженности лидеров организации. В некоторых организациях используется практика привлечения волонтеров для этой деятельности (Томская область, региональная организация РРА «Надежда» – у руководителя четыре волонтера из числа больных, за каждым закреплено 50 человек, которых он регулярно обзванивает, - таким образом происходит сбор проблем и оповещение о мероприятиях).
- Прямые визиты к подопечным – эта форма работы используется редко ввиду ограниченности ресурсов.
- Опрос подопечных – используется для оперативного получения информации по возникающим актуальным вопросам (распространенность какой-либо проблемы или актуальность потребности: доступность записи к узким специалистам, потребность в реабилитации), для составления рейтинга поликлиник и др. Опрос в разных организациях проходит в разных формах:
 - Обзвон пациентов полный – имеет место в малочисленных организациях, которые находятся с подопечными в тесной связи (МОО «Помощь больным муковисцидозом» - 30 человек в регионе).
 - Выборочный анкетный опрос – имеет место в крупных пациентских НКО с развитой системой управления. Форма опроса – телефонный и/или интернет-рассылка. Частота опросов в крупных организациях – 2-3 раза в год.
- Сбор жалоб и предложений пациентов на выездных круглых столах с приглашением пациентской общественности (Саратовская область, Общественный совет по защите прав пациентов при Общественной палате организует выездные круглые столы для сбора информации о ситуации на местах и для информирования о своей работе).
- Взаимодействие через группы в социальных сетях – используется чаще в небольших организациях (региональное отделение МОО «Помощь больным муковисцидозом» в Пермском крае, Санкт-Петербурге, региональная общественная организация «Открытые сердца» в Архангельской области и др.) как хороший канал для оперативного донесения информации о возникающих проблемах.
- Встреча с пациентами в единый день приема у специалиста – уникальная практика регионального отделения ОООИ-БРС в Московской области. В области введен принцип единовременного назначения препаратов: в районных медицинских учреждениях, выписка рецептов по препаратам рассеянного склероза происходит для всех в один день, активист ОООИ-БРС в этот день присутствует в поликлинике и имеет возможность собрать актуальную информацию от больных по обеспеченности препаратами и проч. Эта информация сопоставляется с информацией по обеспеченности препаратами от главного невролога, из аптечного склада, из министерства здравоохранения, сопоставление дает понимание, насколько правдива официальная информация.
- Анализ местных интернет-форумов, где обсуждается качество работы медицинских учреждений – еще одна практика сбора информации (Омская,

Ульяновская области). В Ульяновской области при Общественном совете по защите прав пациентов Территориальном органе Росздравнадзора создана комиссия по рассмотрению жалоб с интернет-портала «Доктор-73».

Врачебное сообщество как канал получения информации. Заинтересованность врачебного сообщества во взаимодействии с НКО

Врачебное сообщество – второй основной канал информации для пациентских НКО. Через этот канал поступает следующая информация:

- Информация о подопечных организации – о возникающих у пациентов проблемах (*«врач видит наш контингент на ежедневных приемах... от него оперативно может прийти информация об острой ситуации и помощи», «на приеме она может сразу дать мой телефон, если проблема не ее плана»*).
- Информация о специфике оказываемой медицинской помощи (*«врачи для нас источник информации, двигатель и мотиватор», «они объясняют нам суть стандартов лечения», «я могу позвонить ей за разъяснениями»*).

Тесное взаимодействие с врачами позволяет лидерам пациентского сообщества быстро идентифицировать и решить проблему.

- Информация о проблемах, возникающих в ходе оказания медицинской помощи. В тех регионах, где врачи взаимодействуют с пациентскими НКО, информанты указывают, что врачи используют организацию как пробивную силу для донесения до власти и решения проблемы (*«там, где врачи рот открыть не могут против системы, они адресуют проблему нам, а мы обезличенно доносим до власти, отстаиваем, боремся»*).

Наглядный пример роли НКО в продвижении идей медиков — Республика Башкортостан, где создание коммерческих центров гемодиализа стало заслугой НКО и Общественного совета при Министерстве здравоохранения (врачи решить проблему не могли).

Очевидно, что от врачей можно получить не всю информацию: информация об условиях оказания лечения получается, прежде всего, от самих больных.

Условие получения информации от врачебного сообщества – налаженная связь с врачами как в поликлиниках, так и в стационарах. Приглашение врачей и представителей МСЭК к участию в школах пациентов способствует сближению пациентской общественности с врачебным сообществом. Так обстоят дела в активных организациях с давними тесными взаимоотношениями с врачами (организации онкологического профиля, ОООИ-БРС):

- Алтайский край, Алтайская региональная организация «Вместе против рака»: *«Они у нас на школах выступают постоянно, предоставляют своих специалистов на массовые мероприятия, предоставляют помещения для мероприятий... Мы неоднократно готовили с онко диспансером и бюро МСЭК букеты и брошюры пациентов, распространяем вместе по всему краю»*.
- Московская область, региональная организация ОООИ-БРС – практика вовлечения специалистов в школы пациентов по рассеянному склерозу, практика присутствия на приеме в единый день выдачи рецепта по препаратам по рассеянному склерозу; практика присутствия на общем совещании неврологов области (*«главный невролог обязательно приглашает члена организации... мы выступаем с докладом – что мы,*

кто мы, для чего, чем можем помочь врачам и чем врачи нам – разъяснительная лекция для всех неврологов»). Мотивация главного специалиста здесь прямая – делегировать часть вопросов по взаимодействию с общественностью своим подчиненным.

В целом активизация этого канала получения информации свидетельствует о том, что отношение врачебного сообщества к НКО постепенно меняется.

Отношение врачебного сообщества к НКО может рассматриваться как один из индикаторов становления гражданского общества. Показательна в этом плане ситуация в Республике Крым, где НКО говорят о полной закрытости и враждебности врачей, вплоть до ведущих специалистов (главный невролог г. Севастополь Т.А.Морозова имеет много нареканий от больных за крайне неэтичное поведение).

Взаимодействие с аптечными сетями, медицинскими и социальными службами, страховыми компаниями

Ситуация с взаимодействием с различными службами в регионах различается. Факторы, влияющие на взаимодействие с медицинскими структурами и социальными службами:

- политика, проводимая местными органами исполнительной власти: есть регионы, где аптечные склады не дают никакой информации ввиду наличия соответствующей жесткой директивы местного министерства здравоохранения (Московская область - *«через 3 месяца на запрос по остаткам пришел ответ, что мы тут сами за всем следим, все знаем, у нас все на контроле... иногда для получения информации приходится действовать через Губернатора области»*),
- позиция руководителей медицинских и социальных служб: в отдельных регионах сами руководители занимают активную позицию и тесно взаимодействуют с НКО (Сахалинская область, г. Санкт-Петербург)
- наличие личных связей с руководителями медицинских и социальных служб (регионы не приводятся по причине соблюдения этики).

С медицинскими и социальными службами, страховыми компаниями часто отношения налажены в ситуации, когда:

- руководитель службы сам является активной общественной фигурой (в Сахалинской области руководитель бюро МСЭ и в Алтайском крае президент СК «Аскомед» возглавляют Общественные советы по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора)
- кто-то из руководства имеет личное отношение к проблеме (в одном из регионов у руководителя в ближайшем окружении есть онкобольной — этот руководитель взаимодействует с региональным отделением МОД «Движение против рака», участвует в школах пациентов, консультирует).

Логика взаимодействия с аптечными складами в регионах традиционна: чаще всего у региональной НКО есть список аптек, выдающих профильные препараты. В случае перебоев НКО сначала выясняют причину в аптеке, при отсутствии информации обращаются в органы власти (в Москве в окружную Дирекцию, территориальное Управление здравоохранения, ответственное за оказание амбулаторной медицинской помощи). В других регионах получение информации по остаткам препаратов идет, минуя аптечные склады напрямую через соответствующее управление министерства здравоохранения (Омская область, Пермский край).

В выстраивании отношений и решении вопроса контроля за лекарственным

обеспечением показателей опыт Ростовской области. Лидеры пациентских НКО присутствуют на заседаниях фармацевтического управления Министерства, распространяют телефон горячей линии фармацевтического управления среди больных. Министерство здравоохранения Ростовской области единственное в РФ размещает информацию по остаткам препаратов на сайте³. Оптовый аптечный склад, ответственный за выдачу препаратов РС, ежеквартально передает информацию по остаткам в региональное отделение ООИИ-БРС.

Взаимодействие с органами власти

По характеру взаимодействия с органами власти все регионы-участники исследования условно можно развести на три группы:

Таблица 14. Позиция власти в отношении к пациентскому сообществу

Регион (область, край, республика)	Власть открыта взаимодействию	Власть формальна во взаимодействии	Власть закрыта для взаимодействия
Алтайский край			
Архангельская область			
Кировская область			
Омская область			
Пермский край			
Ростовская область			
Томская область			
Сахалинская область			
Ульяновская область			
Воронежская область			
Самарская область			
Саратовская область			
г.Москва			
Московская область			
Р. Башкортостан ⁴			
г. Санкт-Петербург			
Тверская область			
Р. Крым			
г.Севастополь			
Новосибирская область			

Органы исполнительной власти — основной субъект, «задающий тон» в отношениях со всеми стейкхолдерами.

Факторы, влияющие на характер взаимодействия с органами власти:

- личный фактор — деловые и личные качества руководителя общественной организации, умение «открывать двери кабинетов»;

³ Изначально информация по остаткам была закрыта как «коммерческая тайна». Взаимодействие с юристами министерства и разъяснение спорных вопросов решило проблему доступа к этим данным.

⁴ В Башкортостане ситуация противоречива. Одни организации указывают на закрытость Министерства здравоохранения во взаимодействии (отделение ООИИ-БРС), другие – на тесный характер взаимодействия Министерства с организациями, входящими в Общественный совет (региональное отделение МОО НП «НЕФРО-ЛИГА).

- членство в общественном совете при какой-либо структуре (органе исполнительной власти, Территориальном органе Росздравнадзора, членство в Общественной палате и др.) - если этот совет реально действующий, а не существующий «на бумаге», членство в нем прибавляет социальный вес для организации. Активные НКО, входящие в общественные советы, находятся в поле зрения органов власти: приглашаются на совещания, круглые столы и др. мероприятия, к их мнению прислушиваются (*«там мы высказываем свои замечания, предложения»*).

Трудности в получении информации:

- Закрытость больных, опасение публичности (*«проблему решить требует, а фамилию свою нигде ставить не хочет»*), закрытость пациентов в силу страха потерять дорогой препарат (15 лет назад в ситуации дефицита препаратов была повсеместна, сегодня проблема встречается реже, но все равно имеет место при возникновении угрозы замены оригинального препарата биоаналогом).
- Формальность взаимодействия с территориальным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, закрытость министерства здравоохранения в предоставлении информации по лекарственным препаратам.
- Отсутствие заинтересованности чиновников от здравоохранения в партнерстве с общественностью для улучшения системы медицинской помощи: *«они работают под давлением, не жели из желания что-то делать... мы ищем, на какие точки надавить, чтобы решить проблему»*.

Характер взаимодействия с внешними субъектами, будь то врачебное сообщество или чиновники, во-первых, отражает общую ситуацию в регионе и политику органов власти (закрытость государственных структур в бывших украинских регионах существует на всех уровнях, от министерств и ведомств до рядовых врачей; в других регионах органы власти подхватывают общественные инициативы, берут их под свою опеку — в Алтайском крае ряд конкурсов, которые начинали общественные организации, потом город «взял на себя», аналогична ситуация в Архангельской области, в Ульяновской области).

Во-вторых, на характер взаимодействия с внешними субъектами большое влияние оказывает позиция самих общественных организаций. Активные пациентские НКО, вхожие и зарекомендовавшие себя в различных ветвях власти, лидеры общественных советов устанавливают партнерские отношения на всех уровнях, от органов власти до врачей поликлиник и профильных учреждений (бюро МСЭ, аптечные сети и склады, страховые компании) - такие организации чаще заявляют, что у них нет проблем с получением необходимой информации.

Отношения с местными органами исполнительной власти во многом определяют открытость каналов взаимодействия с подведомственными учреждениями. Налаживание взаимодействия с министерством, как показывает опыт успешных в этом вопросе регионов — процесс постепенный. В Ростовской области он шел с 2007 года, на начальном этапе взаимодействия не было, и основным механизмом работы с министерством было «забрасывание письмами». Только последние полтора-два года

взаимодействие становится более конструктивное и партнерское.

При выстраивании взаимодействия важно формировать у органов власти и врачебного сообщества понимание «выгод» от сотрудничества с пациентской общественностью.

Таблица 15. Характер взаимодействия с внешними стейкхолдерами

Регион (область, край, республика)	Взаимодействие свободное, каналы получения информации открыты	Взаимодействие на «неформальных рельсах»	Взаимодействие затруднено, органы власти закрыты
Алтайский край			
Архангельская область			
Кировская область			
Омская область			
Пермский край			
Ростовская область			
Томская область			
Сахалинская область			
Ульяновская область			
г. Санкт-Петербург			
Самарская область			
Р. Башкортостан ⁵			
Воронежская область			
г. Москва			
Московская область ⁶			
Новосибирская область			
Саратовская область			
Р. Крым			
г. Севастополь			
Тверская область			

Трудности при взаимодействии медицинского сообщества с пациентскими НКО:

- Часто возникающий конфликт интересов НКО и органов власти («общественники занимаются лишь критикой, ничего не предлагая взамен»).
- Проблема продвижения пациентскими НКО интересов фармацевтических компаний («НКО лоббируют интересы

⁵ Аптечные склады закрыты для взаимодействия, информацию по остаткам и по количеству поступившего препарата не дают ни склады, ни министерство, взаимодействие идет по неформальным каналам.

⁶ Ситуация в Москве и Московской области различается. Столица находится в более выгодных условиях по открытости власти, однако смена Министра и возможная предстоящая реорганизация городского здравоохранения ставит множество открытых вопросов. Московская область протяженна и «разорвана» столицей, отношения с главным неврологом области и специалистами в районах налажены, отношения с министерством здравоохранения области формальны.

- *фармкомпаний, которые за ними стоят»).*
- Оппозиционная позиция отдельных пациентов и неготовность к диалогу. В частности, непонимание объективных ограничений возможностей врачей в оказании нужной помощи (*«они высказывают претензии, но не все вопросы могут решить медики»*).

Выгоды медицинскому сообществу и органам власти от взаимодействия с пациентскими НКО:

- Открытость канала «пациент – врачи»:
 - Получение более полной достоверной обратной связи о качестве лечения больных.
 - Получение информации непосредственно от больных о возникающих проблемах (работа электронной регистратуры, назначение инвалидности, востребованные препараты и др. - *«именно пациенты могут нам сказать, где мы не дорабатываем, - так можно оперативно решать вопросы»*).
- Открытость канала «врачи – пациент» и «министерство – НКО»:
 - Выполнение посреднической функции и помощь в коммуникации с больными, предотвращение конфликтных ситуаций при отмене препарата (*«мы можем в сложной ситуации не раздражающе донести информацию до пациента и от него до врача»*).
 - Донесение информации об изменениях в здравоохранении до пациентских организаций и, тем самым, увеличение доступности оказания медицинской помощи.
- Использование совместных мероприятий для собственной отчетности (*«они отчитываются нашими мероприятиями... пришли на наш круглый стол вчетвером – каждый отдел поставит галочку»*).
- Получение от НКО информации, закрытой по другим источникам (*«они от нас узнают, что происходит в здравоохранении Самары, Челябинска... через нас получают положения о центрах реабилитации в других городах... у них все закрыто»*) - обращение к НКО за информацией происходит неофициально, это важный шаг в установлении доверительных рабочих отношений.
- Получение оперативной информации по потребностям в лекарствах – опора на информацию от руководителей НКО по потребностям в лекарствах при:
 - при перераспределении остатков препаратов (Ростовская область);
 - при формировании заявок на лекарства (Ростовская область – Председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения придерживается этой стратегии формирования заявок: *«они у нас эксперты в данном вопросе, помогают сформировать заявку»*).

2.3. Формы взаимодействия социально ориентированных НКО с внешними партнерами в сфере защиты прав пациентов

Общественный мониторинг

В большинстве случаев в общественных советах регулярного мониторинга нет. Есть сбор информации под актуальные задачи (например, в Алтайском крае инициатива Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора строительства санатория для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата сопровождалась сбором информации по количеству инвалидов-«колясочников» и других категорий инвалидов с затруднениями передвижения (через бюро МСЭ, общественные организации)).

Регионы по-разному понимают, в чем должен заключаться общественный мониторинг, и выделяют разные его основания.

Возможные направления общественного мониторинга (опыт регионов):

1. Мониторинг готовящихся и действующих НПА (региональная организация ООИБРС по Московской области). Наличие здесь специалиста с юридическим образованием делает возможным эту работу. Спорные и требующие решения вопросы выносятся на заседания Общественного совета.
2. Мониторинг качества работы медицинских учреждений (независимая оценка качества медицинских услуг).
3. Мониторинг выделения и закупок лекарственных препаратов, включения больных, находящихся на дорогостоящем лечении, в федеральные и региональные заявки на препараты, отслеживание случаев перевода с одного препарата на другой. Основа для такого мониторинга – это официальная информация от органов исполнительной власти и аптечных складов по поставкам и остаткам лекарственных препаратов, с одной стороны, и обращения и жалобы пациентов – с другой.
4. Мониторинг ценовой политики аптек (опыт Общественного совета по защите прав пациентов при ТО Росздравнадзора по Ульяновской области). Проводится через регулярные запросы информации в аптечные сети по ценам на жизненно-важные лекарственные препараты. При повышении цен в отдельных аптеках формируется дополнительный запрос к руководству аптек по обоснованию стоимости.
5. Мониторинг заработной платы работников здравоохранения области (опыт Общественного совета по защите прав пациентов при ТО Росздравнадзора по Ульяновской области. Проводится по отчетам Министерства здравоохранения).
6. Мониторинг закупок медицинского оборудования в области во избежание ситуации простаивания (опыт Общественного совета по защите прав пациентов при ТО Росздравнадзора по Ульяновской области. Ведется по отчетам Министерства здравоохранения).
7. Мониторинг обращений и жалоб – распространенный формат мониторинга в работе общественного совета: аккумуляция обращений и жалоб членами совета по своим подопечным с их последующим рассмотрением на совете и «запуском в ход».

Формы мониторинга обращений и жалоб (Саратовская область, Общественный совет по защите прав пациентов при Общественной Палате Саратовской области):

- Сбор обращений членами совета по своим подопечным.
- Горячая линия совета (телефон у Председателя либо у членов совета по очереди).
- Сбор жалоб и предложений пациентов на выездных круглых столах для сбора информации о ситуации на местах и для информирования о своей работе (с приглашением общественности района).

При создании системы мониторинга общественные советы в качестве основы часто опираются на мониторинги и опросы, осуществляемые в местных пациентских организациях. Опросы общественного мнения в региональных отделениях крупных пациентских НКО идут силами региональных лидеров и волонтеров, с привлечением всех возможных ресурсов (административного через «своих медиков» в регионе, социологического через партнеров и волонтеров; по возможности – ресурсы грантов разного уровня на проведение исследований):

- МОО «Помощь больным муковисцидозом» – в организации отлажена система ежеквартального мониторинга по обеспечению 4-мя препаратами – в некоторых регионах эта информация доводится до Росздравнадзора и других ведомств, используется в общественных советах.
- МОО НП «НЕФРО-ЛИГА» – регулярный мониторинг по качеству диализной помощи: (1) доступность диализной помощи, (2) лекарственное обеспечение, (3) госпитализация диализных больных.
- ООИИ-БРС – регулярные опросы пациентов в региональных отделениях по отдельным насущным вопросам.
- Региональное отделение «Диалайф» (Новосибирская область) – ежегодный мониторинг подопечных по оказанию медицинских и социальных услуг; мониторинг аукционов на интернет-аукционной площадке – позволяет осуществлять контроль выставляемых цен, в случае превышения параметра «предельно зарегистрированной цены». Совет выходит с обращениями-протестами в органы власти и ТО Росздравнадзора по Новосибирской области.

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями

Мониторинг и общественные проверки в регионах реализуются в формате независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.10.2013 №810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения». Независимая оценка качества медицинских услуг – это сбор информации о ситуации в медицинских учреждениях через анкетирование пациентов и проверки учреждений. Воплощение этой программы в жизнь каждый регион (региональное министерство здравоохранения) осуществляет в соответствии со своими представлениями и возможностями. Отсутствие единых требований в проведении независимой оценки качества привело к существенным различиям в процедуре и получаемых результатах:

Субъект, проводящий оценку:

- Общественный совет при региональном министерстве здравоохранения – повсеместно распространенная практика проведения независимой оценки.
- В Ростовской области в независимую оценку также активно вовлечены городские Управления здравоохранения.
- Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора – в регионах, где этот Совет активен на фоне формально существующего Совета при Министерстве – в Воронежской области независимую оценку осуществляет Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора при патронаже Губернатора области.
- Социологическая организация, выигравшая тендер, - процессы сбора и обработки информации передаются на аутсорсинг (Пермский край, Сахалинская область).
- Другие органы исполнительной власти (независимая оценка качества работы медицинских учреждений в некоторых регионах проводится в рамках более широкой программы оценки учреждений социальной сферы – через министерство труда и занятости в рамках программы доступности среды. Например, программа паспортизации учреждений, проведенная в Архангельской области).
- Общественная организация – в Алтайском крае есть прецедент, когда работа по независимой оценке качества медицинских услуг и проверкам медицинских учреждений была начата не по линии исполнительной власти, а региональной общественной организацией на средства грантовой поддержки (Алтайский край⁷).
- Министерство здравоохранения – есть регионы, где независимая оценка осуществляется исключительно силами министерства (онлайн-анкетирование и раздача анкет на самозаполнение в подведомственные учреждения (опрос проводится силами самих учреждений) - Тверская, Новосибирская области.

Факт, что независимая оценка осуществляется целиком силами министерства нивелирует саму суть оценки – ее независимый характер. В Новосибирской области Министерство только планирует привлекать к независимой оценке Общественный совет. Позиция в отношении НКО – *«Мы бы хотели очень аккуратно начать привлекать к этой работе общественников»* – свидетельствуют о неготовности Министерства к прямому партнерскому взаимодействию с гражданским сообществом на сегодняшний день.

Интервьюеры:

- «общественники» – общественные организации, входящие в состав общественного совета или находящиеся в поле взаимодействия (Воронежская, Архангельская области),

⁷В Алтайском крае краевая общественная организация «Поддержка общественных инициатив» АКО «ПОИ» на средства гранта в 2014 г. провела независимую оценку учреждений и организаций социальной сферы, в т.ч. медицинских. Проект включал обучение технологии проверки, сами проверки (оценка сайтов, контрольные закупки и др.). С 2015 г. независимой оценкой качества оказания медицинских услуг будет заниматься Общественный совет при Главном управлении края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

- студенты медицинских учебных заведений (Ростовская область),
- работники подведомственных учреждений, где проходят проверки, работники МИАЦ (Тверская, Новосибирская области),
- Общественные советы при ЛПУ (Ульяновская область),
- социологи организации-подрядчика (Сахалинская область, Пермский край).

Объекты сбора информации:

- Медицинские учреждения (Воронежская, Ростовская области),
- Пациентские НКО – сбор информации в отдельных регионах также проходит по подопечным НКО (Архангельская область, Республика Башкортостан),
- Сайт министерства здравоохранения – некоторые министерства дополнительно вывешивают анкету на сайте (Республика Башкортостан, Новосибирская, Тверская области), однако отклик от такой формы организации опроса, по опыту, невелик.

Период сбора информации:

- Длительный сбор информации проходит в течение продолжительного периода времени, в течение года.
- Сбор информации «волнами».
- Единовременный сбор информации.

Выборка для оценки:

Подходы при формировании выборки в регионах разные:

- Взвешенный подход в формировании выборки, основанный на частоте посещаемости и средней пропускной способности поликлиник и среднем числе пребывающих в стационаре (рассчитывается достаточный процент охвата – в Ростовской области была рассчитана цифра: 10% амбулаторного фонда и 20% стационарного).
- Целевой подход в формировании выборки при опросе «волнами» – объекты оценки отбираются по территориальному принципу (городские, районные, сельские), по профилю (поликлиники, стационары) либо по «проблемному»: объектами оценки становятся «проблемные» учреждения.

Объекты для оценки ежегодно меняются, что обязательно по закону о независимой оценке качества медучреждений⁸.

Обработка информации – субъекты, выполняющие эту работу:

- информационно-аналитический центр при Министерстве здравоохранения,
- отдел контроля качества Министерства здравоохранения (Воронежская область),
- студенты-волонтеры и сами общественники, члены Общественного совета (Ростовская область),
- социологи организации-подрядчика.

⁸ Учреждение может становиться объектом оценки не чаще чем раз в три года.

Таблица 16.
**Вовлечение общественных советов при органах управления здравоохранения
в независимую оценку качества медицинских услуг**

Субъект РФ	<i>Подготовка, сбор информации и обсуждение результатов</i>	<i>Подготовка и обсуждение результатов</i>	<i>Заслушивание отчета Министерства здравоохранения о результатах</i>	<i>Работа только начата, результатов еще нет</i>	<i>Совет не вовлечен в независимую оценку качества мед. услуг</i>
Архангельская область					
Р. Башкортостан					
Воронежская область					
г. Москва					
Ростовская область					
Сахалинская область					
Ульяновская область					
Пермский край					
Омская область ⁹					
Новосибирская область					
Тверская область					
Кировская область					
Алтайский край ¹⁰					
Р. Крым					
г. Севастополь					
Московская область					
Самарская область					
г. Санкт-Петербург					
Ленинградская область					
Саратовская область					
Томская область					

Анализ результатов независимой оценки выносится на обсуждение на заседания общественного совета практически повсеместно. Результаты обсуждаются с представителями министерства, в отдельных регионах на основании этих результатов советы принимают решение об объектах для дополнительных проверок. Исключение составляют регионы, где результаты независимой оценки,

⁹ В Омской области Совет при Министерстве здравоохранения активен, члены - пациентские НКО проводят собственные опросы и участвуют в опросах Министерства по актуальным темам. Однако независимая оценка качества медицинских услуг проводится силами МИАЦ. По ее итогам Совет принимает решение и осуществляет выборочные проверки.

¹⁰ В Алтайском крае независимая оценка качества медицинских услуг в 2014 г. проведена местной общественной организацией на средства гранта. С 2015 г. независимая оценка качества осуществляется Общественным советом при Главном управлении по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

проведенной самим Министерством, в виде отчета докладываются совету наряду с другими отчетами о деятельности министерства (Новосибирская область).

«Корифей» в проведении независимой оценки качества медицинских услуг – Сахалинская область. В регионе независимая оценка начала осуществляться до издания федерального приказа. Изначально работа проводилась 2 раза в год, анкеты распространялись через руководство медицинских учреждений, результаты обрабатывал МИАЦ и подсчитывался рейтинг медицинских учреждений.

С появлением федерального Приказа независимая оценка качества стала более профессиональной. Она включает два направления: анкетирование и проверки медицинских учреждений.

В Общественном совете при Министерстве здравоохранения действует рабочая группа по независимой оценке качества. Методологическая подготовка опроса (разработка и коррекция анкет) лежит на рабочей группе Совета. Сбор и анализ информации осуществляет независимая социологическая организация, выигравшая тендер.

Анкетирование основное дополняется профильным, по выявленным проблемам — по лекарственному обеспечению, по этике медицинского персонала, по работе какого-либо отделения (в городской больнице большое количество нареканий в адрес приемного покоя — под эту проблему разработана анкета и проведен устный опрос в формате face-to-face).

Обсуждение результатов проходит на рабочей группе Совета.

Общественные проверки

Проверки в режиме он-лайн и по фактам жалоб осуществляются активными пациентскими организациями, которые имеют налаженные связи и свободный доступ в стационарные учреждения – это МОД «Движение против рака», ООИИ-БРС в таких регионах, как Ростовская область, Москва и др. (*«мы в больнице практически живем, каждую неделю наш сотрудник выходит туда, собирает пожелания, вопросы, у нас там общественный контроль всегда»*).

Субъекты, проводящие официальные общественные проверки в регионах:

- Общественные советы при Министерстве здравоохранения — Республика Башкортостан, г. Москва, Архангельская, Воронежская, Омская, Сахалинская, Ульяновская области.
- Общественные советы по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора – Воронежская, Омская, Сахалинская, Томская области.
- Общественный совет по защите прав пациентов при Общественной Палате – Саратовская область.
- Министерство здравоохранения – Тверская область.
- Проверок в регионе пока не было – Алтайский край, Республика Крым и г. Севастополь, Кировская, Московская, Новосибирская области.

Условие проведения официальной проверки в медицинском учреждении – обязательное участие представителя министерства для обеспечения беспрепятственного доступа к интересующим документам и специалистам.

Общественные советы используют разные подходы в организации проверок:

- Выборочные проверки по итогам независимой оценки качества оказания медицинских услуг (Общественные советы при Министерствах здравоохранения, Омская, Сахалинская области).
- Проверки по фактам жалоб (Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Омской области, Общественный совет при Министерстве здравоохранения Пермского края, Общественный совет по защите прав пациентов при Общественной Палате Саратовской области, Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Сахалинской области).
- Плановые «тематические» профильные проверки — проходят «волнами»: проверки взрослых поликлиник, проверки детских поликлиник (Общественный совет при Министерстве здравоохранения Пермского края), проверки тубдиспансеров, онкодиспансеров, учреждений социального типа для престарелых, сирот и т. д. (Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Сахалинской области).

Пермский край — проверки имеют широкие масштабы и проходят с участием нескольких комиссий и большого количества человек (проверка в декабре 2014 г. - 4 комиссии и 115 человек), в том числе представителей Уполномоченного Президента по правам человека. Инициаторы проверок – активные НКО, члены Общественных советов при Министерстве здравоохранения.

- Проверки по запросу главных специалистов и министерства здравоохранения (в Ульяновской области проверки проходят не только по фактам жалоб, они часто иницируются Министерством; был опыт проведения проверок по запросу главного онколога: проверка работы онкокабинетов в поликлиниках (выдерживание графика работы, работа регистратуры по направлению в кабинет, своевременность присутствия врача на рабочем месте).
- «Упреждающие» проверки исследовательского характера — возможная перспектива развития общественных проверок (проведение проверок - «зондажа проблемы» в преддверии каких-то тем, выносимых на заседание Совета: *«например, мы планируем развитие медицинских профилактических кабинетов в школах. Нужно изучить, что есть сейчас и в какой форме. Для этого нужно пройти по школам»*).
- Проверки по маркетинговой методике «тайный посетитель» - одна из форм общественной проверки, внедряемая как активными пациентскими НКО, так и общественными советами.

По результатам проверки по методу «тайный посетитель» членами совета разрабатывается экспертное заключение (Архангельская область, Пермский край). И здесь возникает вопрос, к какой форме относить такого рода «тайные походы» - к общественным проверкам или к общественной экспертизе. На этот вопрос каждый регион отвечает по-своему в зависимости от фокуса и предмета проверок:

- Акцент на проверке работы медицинского учреждения — это проверка в чистом виде. Именно в такой форме существуют проверки по методу «тайный посетитель» в большинстве регионов.
- Акцент на оценке нововведений, эффективности тех или иных новых внедряемых форм работы — здесь представители

пациентской общественности выступают экспертами-потребителями медицинских услуг (в Пермском крае пилотный проект по реорганизации поликлиник сопровождается «тайными походами» общественности; в этой работе члены совета, пациентские НКО, позиционируют себя как эксперты).

Методика «тайный посетитель»

Методика «тайный посетитель» пользуется популярностью и встречает резонанс среди медицинских учреждений. В Томской области после обнародования результатов «тайных походов» некоторые поликлиники города по собственному почину поставили «урны» для сбора замечаний и пожеланий.

Опыт «запуска» проверок по методике «тайный посетитель» в Томской области:

Толчок к развитию эта форма работы получила после того, как Департамент здравоохранения напрямую выразил заинтересованность в ней.

Этапы внедрения методики «тайный посетитель» в деятельность общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора:

- Сбор информации о проблемах в медицинских учреждениях (опрос подопечных силами пациентских НКО).
- Разработка методики проверок — карты для заполнения с системой критериев оценки: доступность для посещения людей разной степени сохранности (удобство транспортной развязки, расстояние от остановки и др.), удобство пользования регистратурой (очереди, телефонная доступность, возможность записаться на прием...) и др.
- Выход на Департамент здравоохранения: представление отчета о проблемах в медицинских учреждениях и предложение по организации контрольных закупок — приглашение Департамента на заседание по этому вопросу.
- Заседание Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора с присутствием Руководителя Департамента (октябрь 2014 г.) - принятие решения о регулярной системе контрольных закупок и определение логистики походов (первоочередных точек для походов). Получение поддержки и «зеленого света» на проведение проверок от Департамента здравоохранения стало важным элементом в развитии этого направления деятельности («он сам увидел в этом пользу и заинтересовался. Он подписал – было дано добро»).

Трудности в осуществлении мониторинга и проверок в общественных советах:

1. Трудности правового характера.

- Отсутствие юридических оснований и достаточных полномочий для осуществления проверок медицинских учреждений членами общественных советов из числа общественности: по словам компетентных участников интервью, «участие НКО в медицинских проверках незаконно».

В структурах контроля понятие «проверка» тесно взаимодействует с понятием «аккредитация» на ее осуществление: выполняющие контроль должны быть аккредитованы с получением соответствующих документов от Минэкономразвития. Внутри процедуры аккредитации «защиты» серьезные условия: например, для того чтобы аккредитоваться в

комиссию контроля в сфере здравоохранения, у специалиста должно быть медицинское образование. В составе общественных советов, в среднем, порядка трети членов «медики».

- Отсутствие полномочий для участия членов общественных советов в контрольно-надзорных мероприятиях, затрагивающих вопросы врачебной тайны.

В законе не прописан вопрос о соотношении общественной проверки и врачебной тайны (*«мы не можем прийти в больницу и сказать, покажите нам историю болезни... даже если мы подходим с вопросами к лежащим в онкологической больнице, - это уже раскрытие врачебной тайны»*).

2. Кадровые вопросы.

- Отсутствие подготовленных экспертов для проведения проверок: организация общественных проверок упирается в кадровый вопрос — кто будет их осуществлять.

Позиция некоторых региональных министерств - нецелесообразность и необоснованность вовлечения пациентской общественности в проверки (Новосибирская область) — *«министерство не видит перспективы развития проверок в формате работы общественного совета ввиду того, что чаще проверки касаются специфически медицинских вопросов и направлены на оценку соблюдения стандартов оказания медицинских услуг, а эта работа — прерогатива Министерства»*).

- Привлечение к проверкам «случайных людей»: участники интервью отмечали, что ввиду необходимости большого количества «ревизоров» при массовых проверках, возникает ситуация появления «случайных людей» не из числа пациентских НКО, которая ставит под сомнение качество собранных анкет и выдаваемых заключений.
- Ограниченность возможностей общественной проверки: проверка качества лечения возможна только через профессиональную экспертизу профессиональными экспертами.

3. Традиционная закрытость органов власти.

- Ограниченность проверок *«желанием органов власти их осуществлять»*.

Ульяновская область: проблема отсутствия полномочий членов Общественных советов осуществлять проверки стоит не так остро, благодаря общей политике Министерства и налаженному взаимодействию общественности с системой здравоохранения на всех уровнях (от Министерства до рядовых учреждений). При осуществлении проверок рабочие группы заручаются поддержкой главврачей (*«стараемся, чтобы он поспособствовал, например, в организации встреч с пациентами»*). По словам, главврачи открыты взаимодействию, поскольку сами заинтересованы в проверке и донесении собственных проблем до Министерства.

- Закрытость доступа к экономической информации по объемам затрат на лекарства, на расходные материалы, на зарплату и т. п. ограничивает оценку работы лечебного учреждения.
- Закрытость медицинских учреждений – как государственных, так и частных (государственно-частных партнерств — ввиду слабой нормативной базы в этой области).

4. Монополия территориальных органов управления здравоохранением.

Замкнутость проверок на министерство здравоохранения: именно министерство обладает возможностью проводить проверки, без его разрешения проверки не проводятся. В этих условиях разрозненность общественных советов при разных министерствах (здравоохранения, социальной защиты, труда, внутренних дел) осложняет задачу организации комплексной системы проверок.

5. Отсутствие механизмов влияния на принятие управленческих решений по результатам проверок.

«Решения мы готовим, стараемся, чтобы какие-то результаты были достигнуты, это все оформляется в виде решений Совета, которые направляются в соответствующие инстанции и тонут в их недрах» (Воронежская область, Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора).

Общественная экспертиза

При определении содержания общественной экспертизы как направления деятельности общественного контроля возникают трудности понятийного характера, которые еще раз указывают на необходимость приближения принятого Закона об общественном контроле к практике:

- Размытость представлений об этой форме общественного контроля. В ситуации работы с НПА происходит смешение понятий «экспертиза» и «слушания», и возникает вопрос, к какой форме отнести обсуждения НПА — к экспертизе или к общественным слушаниям.
- Отсутствие прописанных в законе критериев экспертизы затрудняет определение этого направления деятельности и возможностей совета в нем участвовать (*«не зная полномочий и критериев, сложно ответить на вопрос, можем ли мы это делать»*).
- Отсутствие правил и процедур наделения гражданина полномочиями общественного эксперта: кто может быть «независимым экспертом», каковы ключевые компетенции общественного эксперта, (*«как это будет происходить, каковы требования к профессиональной подготовке эксперта»*). Здесь возникают те же проблемы аккредитации общественных экспертов, что и в общественных проверках (см. выше).

Опыт пациентских организаций в наделении статусом «эксперта» своих членов:

- МОД «Движение против рака» - в организации шесть членов, представители здравоохранения, несколько лет назад прошли аккредитацию на право осуществлять экспертизу. Они выступают экспертами в советах по защите прав пациентов при Территориальных органах Росздравнадзора и потенциально могут привлекаться к контролю в сфере здравоохранения.
- ООИИ-БРС — развитие института уполномоченных общественных экспертов (УОЭ) опиралось на получение в 2006 г. по соглашению с Росздравнадзором РФ документа об экспертной деятельности. Тем уполномоченным общественным экспертам, кто сумел зарекомендовать себя как эксперты, наличие этого статуса позволило войти на правах эксперта в региональные Общественные палаты и активно реализовывать свою экспертную позицию.

Возможные направления общественной экспертизы

Экспертиза медицинских учреждений на предмет оценки доступности и качества медицинских услуг

Архангельская область – в работе Общественного совета при министерстве здравоохранения области экспертиза медицинских учреждений это дополнительное звено в системе независимой оценки качества (члены Совета и лидеры пациентских НКО дают заключение в свободной форме по учреждению; это заключение – взвешенная экспертная оценка – дополняет эмоциональные оценки и используется при формировании итогового рейтинга).

Пермский край – реорганизация поликлиник (выделение поликлиник в самостоятельные юридические лица – пилотный проект Министерства здравоохранения края) сопровождается активным привлечением общественности: пациентские НКО, члены Совета, позиционируют себя как эксперты-потребители медицинских услуг (методика «тайный посетитель» здесь также предполагает выдачу экспертного заключения).

Оценка доступности среды как направление общественного контроля также развивается при взаимодействии пациентских НКО с крупными компаниями. Пример - проект «Доступная среда» аэропорта «Шереметьево»: привлечение пациентов с ограниченными возможностями передвижения («колясочники», инвалиды с нарушением зрения) для участия в эксперименте прохождения полной цепочки действий в аэропорту от прибытия до посадки на самолет.

К какой форме контроля следует отнести оценку доступности среды — вопрос открытый. В том формате, в котором она осуществляется Общественным советом Архангельской области, - это, скорее, экспертиза. Оценка доступности среды в аэропорту имеет формат «тайной покупки», который ближе к общественным проверкам.

Экспертиза законопроектов и финансовый анализ

Более профессиональная форма общественной экспертизы. Экспертиза законопроектов по содержанию пересекается с мониторингом выходящих региональных законопроектов на предмет соответствия федеральным законам. К какой форме должна быть отнесена данная деятельность – вопрос к закону.

В настоящее время работа с законами на заседаниях общественных советов чаще имеет просветительский характер: представители министерства либо прошедшие специальное обучение члены совета разбирают закон и принятые к нему поправки. Отдельные регионы имели опыт организации обсуждения закона (закон о социальном обслуживании в Таганроге в Общественном совете при Управлении социальной защиты города; замечания по закону были направлены в Министерство труда и социального развития области), однако этот опыт единичен.

Проекты НПА в отдельных регионах размещаются на сайте министерства здравоохранения для общественной экспертизы (Самарская область). Однако отклик на них часто невелик: со слов чиновников, заключения или предложения практически не поступают. Пациентское сообщество на сегодня не готово включаться в эту сферу общественного контроля.

Регионы, где имеет место общественная экспертиза законопроектов:

- Архангельская область: Союз общественных организаций в Архангельской области в силу специфики своей деятельности имеет в своем составе квалифицированных специалистов, компетентных выполнять эту деятельность.
- Сахалинская область: в Общественном совете при Министерстве

здравоохранения создана рабочая группа по экспертизе НПА - на предмет анализа законодательства и способствования улучшению жизни пациентов. Проекты НПА направляются по электронной почте, члены рабочей группы оперативно их обсуждают, вносят предложения. Спорные вопросы разрешаются совместно с Министерством в рабочем порядке. Министерство открыто к взаимодействию, оперативно вносит правки (были ситуации, когда министерство принимало возражения или совместно с Министерством готовилось письмо в прокуратуру по спорным моментам). Рабочая группа по НПА работает в тесном взаимодействии с юристом Министерства, он регулярно приглашается на заседания для оперативного получения ответов на возникающие вопросы, доступен на телефонной связи.

- Ульяновская область: обязательная общественная экспертиза в области – сложившаяся устойчивая практика. По региональному законодательству (Приказу Губернатора о порядке проведения реорганизации в здравоохранении), все структурные изменения предваряются экспертной оценкой общественности. Принимаемые НПА и документы по реорганизации проходят обязательную общественную экспертизу в Медицинской палате (основной субъект проведения общественной экспертизы), Общественной палате, Общественных советах при Министерстве здравоохранения и при Территориальном органе Росздравнадзора. Советы и палаты готовят экспертное заключение о необходимости и целесообразности реорганизационных мероприятий и др. Таким образом, общественная экспертиза узаконена на уровне регионального законодательства и внедрена в практику. Отношение Министерства здравоохранения к сложившемуся порядку общественной экспертизы законов положительное: Министерство видит в этом возможность взвешенной оценки возможных рисков при принятии новых законов и проведении реорганизации (*«мы всем направляем — перестраховываемся»*).

Трудности в развитии общественной экспертизы:

- Отсутствие системы подтверждения квалификации экспертов.
- Отсутствие профессионалов среди экспертов-общественников.
- Отсутствие независимых экспертов-врачей (*«врач-эксперт – человек зависимый, он работает в этой системе»*). Основной вопрос – как найти экспертов-специалистов, отвечающих критериям компетентности и независимости.
- Отсутствие навыков экспертного системного подхода к решению проблем (*«иногда на комиссии работа сводится к сбору узких жалоб, чтоб с ними идти к губернатору... Эксперт должен понимать проблему и видеть пути ее системного решения»*).
- Незаинтересованность органов исполнительной власти в общественной экспертизе, которая будет вскрывать острые проблемы и требовать их решения (переполненность больниц, отсутствие социальных коек и проч.). На эту проблему указывают, в первую очередь, те регионы, где инициативы активистов общественного движения не находят поддержки у местных органов исполнительной власти (Воронежская область – активный Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора наталкивается на формализм

Департамента здравоохранения области). Однако даже активные в развитии советов органы власти осторожны в отношении этого направления общественного контроля, поскольку *«не хотят видеть среди экспертов «неудобные фигуры»*.

- Отсутствие системы оплаты труда, которая бы позволяла общественным советам приглашать экспертов.

Таблица 17. Опыт общественной экспертизы в регионах

Название организации/органа власти	Оценка доступности среды в медицинских учреждениях	Экспертиза законопроектов	Финансовый анализ
РОО «Открытые сердца» (Архангельская область)			
РО ООИИ-БРС (Пермский край)			
РОО «Союз общественных объединений инвалидов Архангельской области			
РО ООИИ-БРС г. Москва и Московской области			
РО ООИИ-БРС Ростовской области			
Общественный совет при Министерстве здравоохранения Сахалинской области			
Общественные советы, Общественная палата, Медицинская палата Ульяновской области			

Общественные обсуждения

Общественные обсуждения для пациентских НКО – еще одна публичная площадка, на которой есть возможность для собственного публичности (*«мы показываем, чем занимаемся»*), для получения информации и расширения сети стейкхолдеров (*«мы видим заинтересованных людей и пытаемся найти с ними контакты»*).

Таблица 18. Наиболее упоминаемые площадки общественных обсуждений в регионах

Субъект РФ	Орган управления здравоохранением	Общественный Совет при Минздраве	Общественный Совет при ТО Росздравнадзора	Законодательное Собрание	Общественная Палата Общественный Совет при ОП	Региональная коалиция НКО
Алтайский край						
Архангельская область						
Р. Башкортостан						
Воронежская область						
Кировская область						
Р. Крым						
г. Севастополь						
г. Москва						
Московская область						
Новосибирская область						
Омская область						
Пермский край						
Ростовская область						
Самарская область						
г. Санкт-Петербург						
Саратовская область						
Сахалинская область						
Тверская область						
Томская область						
Ульяновская область						

Общественные обсуждения сегодня проходят на различных публичных площадках. То, на какой площадке в регионе «приживаются» общественные обсуждения, зависит от позиции и активности тех или иных институтов. Такой площадкой может стать Общественная палата при Губернаторе, при Законодательном собрании, Министерство здравоохранения или региональные объединения общественных организаций (ассоциации, союзы) в тех регионах, где есть подобные ассоциации и они активны (Архангельская область – Союз общественных объединений инвалидов области и Центр социальных технологий «Гарант», Алтайский край – Союз общественных организаций края, Сахалинская область – Ассоциация общественных организаций инвалидов, Санкт-Петербург – Городская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов).

Форма организации крупных общественных обсуждений – региональный форум пациентских НКО (опыт Омской, Ростовской, Саратовской, Ульяновской

областей, Пермского края) и региональная ярмарка (Пермский край – ярмарка «Медицина и здоровье»).

Социальный эффект заседаний в форме крупных общественных обсуждений – сближение пациентской общественности с властью, установление более доверительных рабочих отношений (*«они нас больше понимать стали и обращаться по-другому»*).

Опыт Ульяновской области в организации общественных обсуждений заслуживает отдельного внимания. Общественные обсуждения в Ульяновской области – постоянная практика в работе общественных советов, Медицинской палаты (постоянные открытые заседания, обсуждение проектов НПА, реорганизации лечебных учреждений и проч.), Общественной палаты, Палаты справедливости и общественного контроля области.

Формы проведения общественных обсуждений в Ульяновске:

- Круглые столы общественных советов при Министерстве здравоохранения, при Территориальном органе Росздравнадзора (с приглашением пациентских организаций, представителей власти и др.).
- Выездные заседания в медицинские учреждения общественных советов при Министерстве здравоохранения, при Территориальном органе Росздравнадзора.
- Интернет-обсуждения.
- Региональный форум пациентских организаций по инициативе регионального лидера, руководителя регионального отделения ООИИ-БРС (заместителя секретаря Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора и члена пациентского Совета при Министерстве). Форум был организован при поддержке Министерства здравоохранения и социальной защиты (2013 г.) и стал первым крупным публичным мероприятием пациентских НКО регионального уровня.

Примеры общественных обсуждений в Ульяновской области:

- Обсуждение проблемы перевозки диализных больных (обсуждение в интернете, приглашение телевидения, публичное обсуждение).
- Обсуждение вопроса перевода нефрологического отделения областной больницы (по факту жалобы) при Палате справедливости и общественного контроля – открытое обсуждение с участием главврача областной больницы, Заместителя министра здравоохранения и др. Решение принято в пользу больных.
- Выездное заседание Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора на базе Палаты справедливости и общественного контроля по лекарственному обеспечению, (с участием Заместителя председателя Законодательного собрания области, председателя комитета Законодательного собрания по бюджету и экономической политике, руководителя Территориального органа Росздравнадзора, Заместителя министра здравоохранения и социального развития области и директоров департаментов Министерства здравоохранения, помощника Уполномоченного по правам человека, начальника отдела обеспечения деятельности Уполномоченного по противодействию коррупции, начальника отдела обеспечения деятельности Уполномоченного по правам предпринимателей). Результат заседания – принято решение о ежеквартальном информировании Общественного совета по защите прав

пациентов при Министерстве по ситуации с лекарственным обеспечением.

Использование крупных значимых площадок других структур делает весомым проводимые заседания Совета, привлекая больше участников и превращая заседание в формат общественного обсуждения («когда все зашевелилось, фармпредставитель мне звонит: «Мы ж с вами мирно конструктивно все решаем...», - подумала, что распекать ее хотим...»).

Общероссийские организации ведут широкую деятельность по организации публичных обсуждений с привлечением профессионального врачебного сообщества: РРА «Надежда», МОД «Движение против рака», ООИ-БРС, МОО НП «НЕФРО-ЛИГА», МОО «Помощь больным муковисцидозом». В регионах проводятся выездные межрегиональные конференции, съезды, круглые столы с участием ведущих специалистов, местных органов власти и здравоохранения, регионального врачебного сообщества и пациентских организаций.

Развитие общественных обсуждений в формате работы общественного совета – это вопрос только инициативы самого совета.

Проблемы развития общественных обсуждений в формате работы совета:

- Узость выносимых на обсуждение проблем, отсутствие системного подхода к их анализу и решению (организации на заседание совета выносят узкие частные жалобы, работа на заседании совета сводится к их разбору – «пациентке Ивановой не выписали лекарство месяц назад – и мы зарываемся в частном вместо решения общего»).
- Отсутствие механизма, обязывающего органы власти реагировать на рекомендации советов, приводит в отдельных регионах к ситуации, когда рекомендации советов Министерством игнорируются (Саратовская область –ни по одной рекомендации Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора Министерством не было принято положительное решение).

Общественные слушания

Общественные слушания иницируются и проводятся органами законодательной власти. В отличие от обсуждений, результаты общественных слушаний оформляются в резолюцию и являются официальным документом.

Опыт регионов участия в общественных слушаниях

- Проведение слушаний в рамках регионального форума – одна из возможных форм организации общественных слушаний (Ростовская область). В Ростовской области в 2013 году прошел гражданский форум, организованный Общественным советом и Министерством здравоохранения. Результатом работы одной из площадок форума – экспертной площадки пациентских организаций – стал пакет предложений для внесения в законодательство (было подано 190 предложений).
- Создание при Общественном совете при Министерстве рабочей группы по работе с НПА (Сахалинская область) – эта группа отвечает за анализ и внесение предложений по новым НПА, входящие в нее члены Совета участвуют в общественных слушаниях и осуществляют мониторинг и экспертизу региональных НПА. Рабочая группа работает в тесном

взаимодействии с юристом Министерства.

Некоторые региональные пациентские НКО принимают активное участие в общественных слушаниях (Ульяновская, Ростовская области – регулярное взаимодействие с Законодательным собранием). Однако чаще присутствие на этих мероприятиях носит пассивный характер: органы власти информируют о новых законопроектах и отвечают на вопросы. Слушания используются как канал информирования общественности, но не как механизм совместной работы. В существующих сегодня слушаниях общественность выполняет роль «уха», в которое вкладывается информация («вливают и все – они свое дело сделали, галочку поставить можно, но никакого движения нет»).

Таблица 19. Опыт общественных слушаний в регионах

Регион (область, край, республика)	Активное участие НКО	Пассивное участие НКО	Неучастие НКО
Ульяновская область			
Сахалинская область			
Ростовская область			
Пермский край			
Омская область			
г. Москва и Московская область			
Воронежская область			
Алтайский край			
Самарская область			
Архангельская область			
Тверская область			
Томская область			
Саратовская область			
г. Санкт-Петербург			
Ленинградская область			
Новосибирская область			
Кировская область			
Республика Башкортостан			
Республика Крым			
г. Севастополь			

Препятствия для развития общественных слушаний:

- Недостаточность правовых и экономических компетенций НКО: общественные слушания и экспертиза бюджета упираются в ту же проблему отсутствия у пациентских НКО достаточных компетенций для участия в этой работе. Активность членов совета сводится к выдвижению своих желаний («пока от них только хотелки»). Разбор бюджета на заседаниях совета превращается в ликбез для его членов и представителей общественности.
- Отсутствие механизмов партнерства и организации слушаний в активной форме.

2.4. Алгоритмы решения типовых правовых и организационных задач социально ориентированных НКО пациентов

Первым шагом для защиты прав пациентов является создание организационной структуры, точки защиты прав и, соответственно, наполнения ее ресурсами для помощи. Роль такой точки может играть один консультант, сообщество – группа активистов, или это может быть НКО – юридическое лицо.

Официально существующая НКО, обладающая юридическим лицом, расчетным счетом, ведущая финансовую деятельность – оптимальная организационная структура, основа для оказания помощи пациентам и одновременно их соорганизации, вовлечения их в конструктивную общественно полезную деятельность в интересах пациента, общества и государства.

НКО требует значительных усилий по созданию, содержанию и развитию. Но, одновременно, она представляет принципиально важные возможности: позволяет активистам действовать официально, представлять интересы определенных социальных групп, привлекать ресурсы, входить в структуры, партнерства, выстаивать отношения с другими юридическими лицами, привлекать экспертов, наделяя их статусом, и т.д., и т.п.

Дальнейшими шагами, после создания НКО должны стать ресурсирование организации – развитие актива, привлечения материальных и всех видов ресурсов, целеполагание и планирование управления и развития, установление отношений с внешними партнерами – органами власти, пациентами, НКО, СМИ, спонсорами, профессиональными организациями и ассоциациями, общественно-государственными структурами и т.п.

Возможности НКО определены тем, каков круг ее партнеров, насколько она известна и вовлечена в социальные взаимодействия, в мейнстрим общественно-государственной деятельности, насколько ее деятельность отвечает запросам общества, государства, различных потенциальных партнеров, а также от того, насколько она продуманно управляется.

До того момента, пока НКО будет создана, активисты по защите прав пациентов будут в значительной степени ограничены в своих возможностях. Снизить данный дефицит можно за счет временного использования юридических лиц партнерских (городских, региональных) или вышестоящих (межрегиональных, общероссийских организаций). Однако в долгосрочной перспективе создание собственных НКО региональным общественным сообществам необходимо.

Регистрация юридического лица НКО

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 можно выбрать один из вариантов: либо создать собственную НКО, либо открыть отделение общероссийской НКО. Второе несколько легче, потому что меньше пакет документов и потому, что сегодня не

очень охотно регистрируют общественные организации.

Для регистрации НКО 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, то копии паспортов; почтовый индекс места регистрации, если учредители - российские физические лица – инвалиды, то необходимо предоставить справки МСЭ,
- 5) список членов руководящего органа (3 копии, на одной копии обязательно должна стоять нотариально заверенная подпись руководителя организации,
- б) письмо в юстицию о предоставлении юридического адреса, либо от той конторы где вы его обретете, либо, если на собственной квартире, - копия (нотариально заверенная) свидетельства о регистрации права 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).

Управление Юстиции рассматривает документы в месячный срок, 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 необходимо встать на учет в Госкомстате и налоговой инспекции, а после этого – в ФСС, ФОМС и Пенсионном фонде.

Для налоговой нужна печать, которую делают лишь по предоставлении свидетельства о регистрации.

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: во-первых, регистрация может быть платная, 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 выдают три справки с расшифровкой кодов – для организации, для налоговой инспекции и 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. После регистрации в налоговой инспекции организация получает свидетельство с ИНН.

Чтобы зарегистрироваться в фондах, опять нужны специальные бланки. В

каждом фонде выдают свидетельство и справку в банк о регистрации в фонде. Не забывайте также нотариально заверенные копии некоторых учредительских документов, необходимые для того или иного фонда.

После регистрации в трех фондах можно идти в банк. Специальные бланки для открытия счета выдают в банке бесплатно, на двух специальных бланках требуется нотариально заверить подписи и оттиск печати.

После получения счета в банке нужно подать специальное письмо-заявление в налоговую инспекцию об открытии счета в банке. В налоговую также необходимо предоставить приказ о назначении бухгалтера.

Организация волонтерской помощи

Добровольчество – основной ресурс НКО. Есть три основных типа добровольцев.

1. Добровольцы – эксперты

1.1. Мотивация: реализация социальной ответственности, желание помочь; реализация профессиональных знаний и навыков; возможность повысить свой статус, выступить, показать себя.

1.2. Использование: получение и распространение информации, получение экспертных заключений, справок, анализов ситуации, выступления, подписи документов, использование статуса эксперта, получение советов, организация работы с пациентами, совместное планирование, проектирование, разработки, совместное продвижение проектов, идей, информации. Можно предлагать место и статус в организации. Важно не перегружать такого эксперта. Представлять ему возможности. Делиться с ним статусом организации – при всем профессионализме эксперта, организация может предоставлять ему такие площадки и «трамплины», которые он сам получить не может.

1.3. Как найти: целевой поиск специалистов по профилю по месту работы, знакомства на мероприятиях, поиск через текущий анализ СМИ и интернет, через «сарафанное радио», через анализ подписей на документах, справках, петициях.

2. Добровольцы – пациенты, родственники, общественники

2.1. Мотивация: решение проблемы пациента, желание поделиться с коллегами, помочь таким же, как ты, желание быть в коллективе единомышленников, желание быть нужным, быть занятым, желание самореализации, общая социальная ответственность.

2.2. Использование: возможно полноценное привлечение к участию в НКО по всем направлениям и со всеми видами загрузки.

2.3. Как найти: из обращений пациентов, приходящих «самотеком», за счет информационной работы НКО – сайта, публикаций, мероприятий, объявлений, рассылок, распространения визиток. Важно целево информировать сообщество пациентов. Нужно максимально вовлекать их в работу НКО. Нужно организовывать работу пациентов с пациентами. Основой для работы с группой является ведение базы данных и организация рассылок, звонков.

3. Молодые волонтеры

3.1. Мотивация: приобретение социального опыта, социальная ответственность, желание помочь социально незащищенным, сострадание, поручения на кафедрах, общаться со сверстниками и единомышленниками, социальная самореализация, желание повысить свой статус, быть нужным и т.п.

3.2. Использование: как неквалифицированной рабочей силы (курьером,

помощником в мероприятиях, уборке, делах с физической нагрузкой, для сбора людей, для помощи в перевозках); в сфере информационных технологий (создание и ведение сайтов, работа с социальными сетями и т.п.); как молодых специалистов (для информационной работы, для поиска добровольцев, для сбора и анализа информации, для обзвонів, интервью, изготовления рекламы, креативных разработок, ведения занятий, работы с детьми, полупрофессиональной работы с пациентами) и т.п. Для молодых волонтеров типична высокая текучка. Это нормально. Но также важно, что их очень много и их можно использовать по самым разным направлениям. Важно понять, что каждый из них может, что ему интересно, и как именно лучше его мотивировать.

- 3.3. Как найти: в каждом регионе есть отделения всероссийских добровольческих структуры. Есть региональные волонтерские организации. Есть организации при НКО, при учебных учреждениях и отдельных профильных работе с пациентами кафедр – социальной защиты и т.п. Искать – через интернет, через молодежь. Еще один источник – близкие пациентов и их друзья.
4. Для всех типов волонтеров хорошо действует неформальная нематериальная мотивация: грамоты, благодарности (письма в деканат для студентов), присвоение статуса в организации, указание имени на обложках изданий, в СМИ, в проектах и т.п. Важно, чтобы неформальная мотивация соответствовала статусу и запросам добровольца. Важно не использовать материальную мотивацию. Тогда доброволец превратится в специалиста и придется платить ему всегда или потерять его.

Привлечение ресурсов в социально ориентированные НКО

1. Основной ресурс – люди. Необходимо создать команду единомышленников: 3-5 человек основных, 10-15 активистов.
2. Необходимо организовать работу команды. Понять, кто из активистов чего хочет. Кто какие ресурсы может вложить. Каковы цели вашей организации. Как их достичь? Чего организации не хватает.
3. Организационные ресурсы. Необходимо создать юридическое лицо НКО – это официальный статус, возможность получения средств, участия в мероприятиях и структурах. Без создания юридического лица полноценная работа невозможна. В тоже время есть опыт общероссийских организаций, которые создают свои региональные отделения без образования юридического лица. Это позволяет активистам в регионах начать работу по защите прав пациентов, не думая о необходимости регистрации и обязательной отчетности в соответствующих контрольных органах. Позднее постепенно наращивая уровень и объем деятельности региональные отделения могут зарегистрироваться как юридические лица.
4. Необходимо создать представительство организации – визитку в интернете, зарегистрируйтесь на 50-100 профильных сайтах каталогах, заведите телефон, e-майл. Нужно участвовать в форумах, социальных сетях, сделать визитку, сообщить историю организации. Информацию нужно распространять среди пациентов, среди врачей – специалистов по теме, в медицинских организациях (стенды, визитки, буклеты).
5. Статусные, имиджевые, социальные ресурсы. Нужно войти в структуры НКО, в союзы, ассоциации, в общественно-государственные структуры – советы, палаты, комиссии; заявить о себе; познакомиться с экспертами,

специалистами, руководителями, депутатами, коллегами, СМИ, вовлекать их в мероприятия, приглашать в качестве экспертов, проводить мероприятия на их площадках, участвовать в их мероприятиях, выдавать им благодарности, поздравлять с праздниками.

6. Материальные ресурсы: грантовые средства (федеральные благотворительные фонды, министерства, ОПРФ, региональные фонды, министерства, муниципалитеты), спонсорские средства (фармкомпании, частные спонсоры, коммерческие структуры), ресурсы волонтеров, пациентов. Ресурсы государственных организаций – помещения, рабочие места. Ресурсы от коммерческих структур могут быть самыми различными: помещения, бесплатный счет в банке, помощь бухгалтера, подарки к новому году, списанная оргтехника, средства реабилитации и т.д., и т.п.

Организация информационной работы СО НКО, общественной коалиции, Общественного совета с внешней средой

1. Подготовка информационной базы
 - 1.1. Создание контактных данных: телефона, адреса, рабочего места, приемного времени, e-майл адреса. Создание логотипа, бланка. Изготовление визиток и буклетов совета. Изготовление информационных стендов совета. Запрос удостоверений членов совета. Создание базы e-майл рассылки членам совета.
 - 1.2. Создание интернет-представительства: страницы на сайте органа власти, собственной страницы, регистрация в максимальном числе форумов и каталогов.
 - 1.3. Выделение ответственных за информационную работу. Договоренности с членами совета об информационном обмене, использовании в работе с внешней средой бренда совета (чтобы эксперты подписывались членами совета, распространяли информацию о нем и т.п.).
 - 1.4. Создание базы данных рассылки СМИ: подготовка таблицы с 100-300 e-майл адресами всех видов региональных СМИ и новостных интернет сайтов. Подготовка базы данных e-майл рассылки других внешних партнеров: учреждений, врачей, НКО, советов, общественной палаты, Уполномоченного по правам человека, отделов администрации по работе со СМИ, министерств, депутатов, руководителей, фармацевтических и страховых компаний и т.п.
2. Текущая работа
 - 2.1. Соблюдение регламента проведения заседаний – подготовка стенограмм, резолюций, протоколов. Размещение информации в интернете. Подготовка и рассылка по базам данных информационных сообщений (технология подготовки пресс-релизов – в интернете, в ООИБРС). Запрос возможностей публикации материалов совета в сборниках органа власти, правительства.
3. Целевое взаимодействие совета с внешними партнерами
 - 3.1. С Советом при министерстве здравоохранения: приглашение представителей на свои заседания и мероприятия, совместные заседания и мероприятия, предложение совету рассмотреть темы. Совету при министерстве здравоохранения можно перебросить тему, которую не может решать Росздравнадзор. Через совет при МЗ можно инициировать проверку и принять в ней участие.
 - 3.2. Общественные палаты, все виды общественных советов: приглашение

- представителей на свои заседания и мероприятия, совместные заседания и мероприятия, предложение рассмотреть темы.
- 3.3. СМИ: приглашение на заседания, рассылка материалов, знакомства с профильными журналистами (анализ СМИ, мероприятия) и развитие личных контактов, предоставление им информации по запросу, информирование о ЧП. Проведение специальных пресс-мероприятий (пресс-туры, обеды, проверки и т.п.). Работа с блоггерами (поиск, обращение к ним, снабжение их эксклюзивом). Важно стать экспертом, к которому обращаются СМИ.
 - 3.4. Органы исполнительной и законодательной власти: запросы, приглашение на заседания, анализ их НПА, неформальные контакты для решения общих вопросов, участие в их мероприятиях.
 - 3.5. НКО: сбор информации, приглашение на советы, распространении через них информации, проведение совместных мероприятий всех видов, использование обращений от них в качестве поводов для работы, создание общественных коалиций, создание общих заявлений.
 - 3.6. Пациенты: двунаправленный контакт. Сбор жалоб, проблем – распространение информации о наличии совета, о результатах его работы (рассылки).
 - 3.7. Публичные люди, эксперты, специалисты: приглашение в качестве экспертов.

3. ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ СИЛАМИ НКО

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

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

3.1. Законодательные основы защиты прав пациентов в Российской Федерации

Общие понятия

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

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

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

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

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

Основное право пациентов¹¹

Фундаментальным источником пациентского права является Конституция России.

Согласно ч.2 статьи 7 Конституции РФ, «в Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей...». Согласно ч.1 ст. 41, «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

В ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сказано: «Каждый имеет право на медицинскую помощь».

¹¹ Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

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

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

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

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

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

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

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

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

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

Медицинская помощь предоставляется в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях в случаях плановой или экстренной госпитализации, требующих применения интенсивных методов диагностики и лечения, круглосуточного медицинского наблюдения и (или) изоляции, в том числе по эпидемиологическим показаниям:

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

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

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

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

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

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

В соответствии с п. 5 ст. 84 «Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

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

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

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

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

Дополнительные права пациентов

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

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

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

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

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

Комментарий. Если вы столкнулись с грубостью и хамством, взаимным непониманием в отношениях с врачом, его неквалифицированностью или не можете построить с врачом партнерскую (договорную) модель отношений, у вас есть право выбрать другого врача. Для выбора врача необходимо обратиться к руководителю медицинской организации с заявлением. Нужно учитывать, что врач должен быть согласен стать вашим лечащим врачом, и что изменить выбор врача можно будет не ранее, чем через год.

В том случае, если вы хотите наблюдаться в другой медицинской организации (по любым причинам), вам необходимо обратиться с заявлением к руководителю этой организации, указав в заявлении все нужные сведения. После того как ваше заявление будет принято (а оно не может быть не принято), начнется процедура проверки сведений и передачи документов из текущей медицинской организации, уведомление страховой компании, в которой вы застрахованы, о смене медицинской организации. Все необходимые действия предпринимаются медицинской организацией. Пациент должен только подтвердить (чаще всего по телефону) свои намерения о замене медицинской организации, уже указанные в заявлении. Изменить выбор медицинской организации можно также не чаще одного раза в год.

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

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

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

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

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

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

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

Немалое их количество посвящено такой проблеме, как внутрибольничная инфекция (ВБИ). Здесь, пользуясь случаем, нужно отметить, что выработанное в СССР отношение наших граждан к больнице как к месту отдыха (типа пансионата) неверно и опасно для них самих. Между некоторыми видами инфекции и фарминдустрией ведется многолетняя борьба, в результате которой инфекция мутирует и приспосабливается к новым видам антибиотиков и воздействующих на нее лекарств, что делает ее устойчивой к этим препаратам, вызывая необходимость в создании новых. Эта мутация делает такие штаммы весьма опасными для пациентов и затрудняет лечение таких заболеваний. В частности, в развитых странах максимальное количество медицинской помощи оказывается не в стационарах, а в амбулаторных условиях (у нас наоборот), - это не только экономически целесообразно, но и наиболее безопасно для пациентов с точки зрения опасности заражения ВБИ. Считается, что относительно безопасным считается пребывание в стационаре не более 5 дней.

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

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

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

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

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

Санитарная обработка больного сводится к следующим процедурам:

а) стрижка волос по медицинским показаниям с последующим сжиганием их или обработкой в паровых стерилизаторах (0,5 кгс/ кв. см - 110 - 111 град. С - 20 мин.) ¹²;

б) стрижка ногтей (на ногах и руках);

в) мытье в ванной или под душем;

г) сбор вещей (одежда, белье, обувь больного), подлежащих дезинфекции, в индивидуальные мешки для последующей отправки их для обеззараживания в дезинфекционной камере. До камерного обеззараживания вещи инфекционных больных родственникам не выдают ¹³«.

¹² При наличии педикулеза и оставлении волос они должны быть обработаны педикулицидными средствами.

¹³ Личные вещи больных гриппом и другими ОРЗ, корью, паротитом, ветряной оспой и коклюшем обеззараживать не обязательно. Эти вещи разрешают забирать родственникам домой.

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

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

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

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

Комментарий. Приведенная норма имеет развитие в ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан»:

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

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

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

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

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

3.1) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с частью 6 статьи 34.1 Федерального закона от 4 декабря 2007 года N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивную подготовку и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом».

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

6) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

7) отказ от медицинского вмешательства;

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

Комментарий. Обязанности пациента – исключение, а не правило. И это вполне обосновано тем, что медицина – это область интересов граждан, а не их обязанностей. Предполагается, что пациент в своих интересах будет добровольно и

без понуждения исполнять предписания врача, в частности, выполнять ту часть внутреннего распорядка, которая продиктована удобством и безопасностью пациентов. Граждан нельзя обязать лечиться, если только они не представляют опасности для других людей.

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

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

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

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

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

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

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

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

В гражданском процессе - родители, усыновители, опекуны и попечители¹⁴.

«Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания

¹⁴ Большой юридический словарь / Под ред. А.Я. Сухарева, В.Е. Крутских.-2-е изд., перераб. и доп.- М.: ИНФРА-М, 2002.-704 с.-(Б-ка слов. "ИНФРА-М").

информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

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

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

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

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

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского

вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Понятие информированного добровольного согласия было узаконено в Российской Федерации в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». С принятием закона информированное добровольное согласие стало необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Информированное добровольное согласие дает пациент или его законный представитель.

Закон обязывает медицинских работников предоставить пациенту или его законному представителю полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Информация должна быть предоставлена в доступной форме.

Также закон закрепляет право пациента отказаться от медицинского вмешательства, а медицинских работников обязывает разъяснить гражданину или его законному представителю в доступной форме возможные последствия такого отказа.

Отдельно в законе указано, что пациенты или их законные представители для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Таким образом, закон различает ситуации, когда пациенты или их законные представители дают информированное добровольное согласие: 1) информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства – для получения первичной медико-санитарной помощи и 2) остальные случаи.

Во всех случаях информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

Законом предусмотрены случаи, когда медицинское вмешательство может быть проведено без согласия пациента или его законного представителя:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

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

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

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

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

Комментарий.

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

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

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

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

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

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

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

Условия признания гражданина инвалидом:

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

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

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») гражданина, имеющего заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма по перечню согласно приложению;

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

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

социальную экспертизу содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных мероприятий.

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

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

В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

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

Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу

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

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

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

Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, а также орган социальной защиты населения вправе направлять на медико-социальную экспертизу гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося

в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм или дефектов.

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

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

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

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

Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина

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

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

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

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

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

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

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведется протокол.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Порядок переосвидетельствования инвалида

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

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

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

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

Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро

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

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

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

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

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

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

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

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

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

инвалидности и ее необходимость он не может определить. Таким образом, круг, по которому можно ходить без конца, замыкается.

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

Социальная защита инвалидов

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

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

В соответствии со статьей 6.1 названного закона право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг имеют следующие категории граждан¹⁵:

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

Набор социальных услуг

В состав предоставляемого набора социальных услуг включаются следующие социальные услуги:

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

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

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

¹⁵ Приложение N 1 к Порядку предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 N 328.

междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Программа дополнительного лекарственного обеспечения (в рамках набора социальных услуг)

Правительство Российской Федерации утверждает перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечень медицинских изделий, перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6.2 ФЗ «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 № 178-ФЗ, и порядки формирования таких перечней. Более детально с перечнем можно ознакомиться в Распоряжении Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р.

Санаторно-курортное лечение (в рамках набора социальных услуг)

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

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

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

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

Порядок предоставления социальных услуг

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

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

За предоставлением необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения граждане обращаются в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, за

предоставлением специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов - в лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медико-генетическую помощь.

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

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

Гражданам рекомендуется представлять также страховой полис обязательного медицинского страхования.

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

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" утверждены:

- Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов;
- Предельно допустимое количество отдельных наркотических и психотропных лекарственных препаратов для выписывания на один рецепт;
- Рекомендованное количество отдельных лекарственных препаратов для выписывания на один рецепт;
- Допустимые к использованию рецептурные сокращения;
- ;
- Форма N 148-1/у-88 «Рецептурный бланк»;
- Инструкция по заполнению формы N 148-1/у-88 «Рецептурный бланк»;
- Форма N 107-1/у «Рецептурный бланк»;
- Форма N 148-1/у-04 (л) «Рецепт»;
- Форма N 148-1/у-06 (л) «Рецепт»;
- Порядок оформления рецептурных бланков на лекарственные препараты, их учета и хранения;

Медицинские работники выписывают рецепты на лекарственные препараты за своей подписью.

Назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии - группировочному наименованию. В случае отсутствия международного непатентованного наименования и группировочного наименования лекарственного препарата, лекарственный препарат назначается и выписывается медицинским работником по торговому наименованию.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и выписывание лекарственных препаратов: не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

Назначение и выписывание лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется по международному непатентованному, группировочному или торговому наименованию.

Сведения о назначенном и выписанном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса, обоснование назначения лекарственного препарата) указываются в медицинской карте пациента.

Рецепт на лекарственный препарат выписывается на имя пациента, для которого предназначен лекарственный препарат.

Рецепт на лекарственный препарат может быть получен пациентом или его законным представителем. Факт выдачи рецепта на лекарственный препарат законному представителю фиксируется записью в медицинской карте пациента.

Запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты:

медицинским работникам;

при отсутствии медицинских показаний;

на лекарственные препараты, не зарегистрированные на территории Российской Федерации;

на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях;

на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в список II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681 <3> (далее - Перечень), зарегистрированные в качестве лекарственных препаратов для лечения наркомании;

индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня (далее - наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня).

Рецепты, выписанные на рецептурном бланке формы N 148-1/у-88, действительны в течение 15 дней со дня выписывания.

(п. 20 в ред. Приказа Минздрава России от 30.06.2015 N 386н)

21. Рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках формы N 148-1/у-04 (л) и формы N 148-1/у-06 (л), действительны в течение 30 дней со дня выписывания.

(в ред. Приказа Минздрава России от 30.06.2015 N 386н)

Рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках формы N 148-1/у-04 (л) и формы N 148-1/у-06 (л), гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой группы и детям-инвалидам действительны в течение 90 дней со дня выписывания.

(в ред. Приказа Минздрава России от 30.06.2015 N 386н)

Для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан рецепты на лекарственные препараты могут выписываться на курс лечения до 90 дней.

(в ред. Приказа Минздрава России от 30.06.2015 N 386н)

22. Рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках формы N 107-1/у, действительны в течение 60 дней со дня выписывания.

(в ред. Приказа Минздрава России от 30.06.2015 N 386н)

При выписывании медицинским работником рецептов на готовые лекарственные препараты и лекарственные препараты индивидуального изготовления пациентам с хроническими заболеваниями на рецептурных бланках формы N 107-1/у разрешается устанавливать срок действия рецепта в пределах до одного года и превышать рекомендуемое количество лекарственного препарата для выписывания на один рецепт, установленное приложением N 2 к настоящему Порядку.

При выписывании таких рецептов медицинский работник делает пометку "Пациенту с хроническим заболеванием", указывает срок действия рецепта и периодичность отпуска лекарственных препаратов из аптечной организации или индивидуальным предпринимателем, имеющим лицензию на фармацевтическую деятельность (еженедельно, ежемесячно и иные периоды), заверяет это указание своей подписью и личной печатью, а также печатью медицинской организации "Для рецептов".

По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

В отдельных случаях по решению руководителя медицинской организации при выписывании из медицинской организации пациента, имеющего соответствующие медицинские показания и направляемого для продолжения лечения в амбулаторных условиях, могут назначаться либо выдаваться одновременно с выпиской из истории болезни наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня, сильнодействующие лекарственные препараты на срок приема пациентом до 5 дней.

Социально-бытовое обслуживание инвалидов

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

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создают специальные службы социального обслуживания инвалидов, в том числе по доставке инвалидам продовольственных и

промышленных товаров, и утверждают перечень заболеваний инвалидов, при которых они имеют право на льготное обслуживание.

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

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

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

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

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

3.2. Анализ практики правовой помощи пациентам социально ориентированными НКО

Анализ содержания обращений активистов за методической поддержкой и обратная связь во время образовательных мероприятий показали, что наиболее востребованными среди активистов пациентских НКО являются вопросы организации медицинской помощи в Российской Федерации и вопросы реализации прав пациентов в Российской Федерации. При оказании методической помощи наиболее часто приходилось обращаться к текстам следующих нормативных актов:

–Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

–Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

–Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Было выявлено, что члены общественных советов зачастую затрудняются в определении видов, форм и условий оказаний медицинской помощи

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, и определяет, среди прочего, правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан.

Ключевыми для понимания правовых документов в сфере охраны здоровья являются понятия, описывающие медицинскую помощь:

- медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

- медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

- медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Таким образом, при обращении за медицинской услугой пациент рассчитывает на то, что медицинские работники будут проводить какие-либо медицинские вмешательства.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

1) первичная медико-санитарная помощь;

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами

участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья.

4) паллиативная медицинская помощь.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются:

экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

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

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

Если заболевание или состояние пациента внезапное и острое, если произошло обострение хронического заболевания, то пациенту оказывается медицинская помощь в экстренной (для случаев, когда есть угроза жизни пациента) или неотложной (для случаев, когда угрозы жизни нет) форме. Экстренная и неотложная помощь оказывается бесплатно, при этом не имеет значения, есть у пациента полис обязательного медицинского страхования или нет, является ли пациент гражданином РФ или гражданином другого государства. Если состояние пациента не требует оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, то медицинская помощь будет оказана в плановой форме.

Для работы с пациентами активистам необходимо иметь представление о том, какой объем медицинской помощи гарантирует государство. Рабочим документом, к которому необходимо обращаться активисту, является территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи – документ, принимаемый субъектом Федерации на основе программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утверждаемой постановлением Правительства РФ.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи должна быть размещена в открытом доступе на стендах медицинской организации, и любой пациент должен иметь возможность с ней ознакомиться в помещении медицинской организации.

Территориальная программа государственных гарантий должна следующую информацию:

1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

3) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

4) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского

назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

7) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

8) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

9) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

10) порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

Из перечня видно, что территориальная программа содержит ряд пунктов, по которым можно сразу получить информацию при подозрении, что права пациента нарушаются. Так, можно получить информацию о том, какую медицинскую помощь пациенты могут получить по полису ОМС и в случае, если заболевание (состояние) пациента входит в перечень заболеваний (состояний), помощь при которых оказывается бесплатно за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, каковы порядок, условия и сроки ожидания медицинской помощи, кто и как может получить медицинскую помощь вне очереди, может ли пациент получить при амбулаторном лечении лекарственные препараты бесплатно или за 50% от их стоимости, в какие медицинские организации региона пациент может обратиться за бесплатной помощью.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи не может быть по объему меньше Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ. При этом территориальная программа может предусматривать дополнительный объем медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи медицинские организации руководствуются порядками и стандартами.

Стандарты оказания медицинской помощи выполняют несколько предназначений. Во-первых, они унифицируют медицинскую помощь во всех лечебных учреждениях РФ, во-вторых, этот документ позволяет дать экономическую оценку выполнения стандарта.

Стандарт – это официальный документ, принятый Министерством здравоохранения РФ, который определяет совокупность медицинских услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или состоянии определенной степени тяжести.

Обычно стандарт медицинской помощи в преамбуле обозначает (А) возрастную категорию и (Б) пол пациентов, применительно к которым стандарт разработан, (В) фазу и (Г) стадию болезни, при которой стандарт подлежит применению, (Д) осложнения, в случае если таковые отсутствуют или, наоборот, предполагаются, (Е) вид медицинской помощи (например, первичная медико-санитарная помощь) и (Ж) условия ее оказания (например, стационарно или амбулаторно), (З) форму оказания медицинской помощи (плановая, неотложная, экстренная), а также (И) средние сроки лечения соответствующего заболевания. В приложениях же к стандарту медицинской помощи подробно излагаются соответствующие показатели и нормативы, которые должны быть обеспечены медицинской организацией.

Внедрение стандартов предусматривает, в первую очередь, создание условий для выполнения стандартов в лечебных учреждениях, в том числе следующих: закупка лекарственных средств и медицинских изделий, увеличение заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, повышение обеспеченности кадрами. Для населения внедрение стандартов означает повышение качества оказываемых медицинских услуг и повышение уровня социального обслуживания.

Лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в стандарт медицинской помощи, подлежат включению также в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Выполнение стандартов медицинской помощи является обязательным для всех медицинских организаций, однако строгое соблюдение регламентировано только при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то есть при оказании платных медицинских услуг их применение хоть и является обязательным, но при определенных условиях допускается сужение стандарта или выход за его пределы.

Порядки медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включают в себя:

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

Стандарты лечения непосредственно касаются лечения пациента с данным заболеванием, а порядки оказания медицинской помощи касаются организации работы медицинского учреждения.

Порядки служат не для конкретизации медицинской помощи по объемам в целом, а для определения требований к конкретным медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в соответствии со стандартами на отдельных этапах.

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты отдельных видов медицинской помощи выступают основой программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи и обязательны к исполнению всеми

медицинскими организациями независимо от формы собственности и территориального размещения.

Массу вопросов активистов вызывает то, каким образом и за счет чего оказывается бесплатная медицинская помощь. В целом, вопрос платных услуг (огромная часть обращений пациентов в том числе и в общественные советы) является одним из наиболее востребованных.

В настоящее время в России действует бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения. Необходимые средства привлекаются из государственного бюджета и средств ОМС. Разные источники финансирования для оплаты разных медицинских услуг зафиксированы в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет полис ОМС как документ, удостоверяющий «право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования».

Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой.

Территориальные программы гарантий оказания гражданам медицинской помощи редко устанавливают объем помощи, превышающий объем, установленный базовой программой обязательного медицинского страхования. Если застрахованное лицо получает медицинскую помощь на территории не того региона, в котором он застрахован, то территориальный фонд региона, в котором гражданин получил полис при условии соблюдения медицинской организацией, оказавшей помощь, определенных законом процедур возмещает расходы на оказание гражданину помощи.

На практике гражданин получает экстренную или неотложную помощь, где бы он не находился в момент, когда такая помощь потребовалась, независимо от наличия или отсутствия у него полиса обязательного медицинского страхования.

Застрахованными лицами могут стать граждане Российской Федерации (работающие и неработающие, за исключением военнослужащих и приравненных к ним), постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах». Для получения полиса нужно обратиться в страховую компанию с заявлением лично или через представителя.

Если гражданина не устраивает то, как страховая компания защищает его интересы, он имеет право заменить страховую медицинскую организацию. Этим правом гражданин может воспользоваться один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского

страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

Много вопросов, поступающих от граждан, касаются основных прав пациентов. Нужно отметить, что Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указывает, что каждый имеет право на медицинскую помощь, устанавливает объем оказания этой помощи и права пациентов. Пациент имеет право на:

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

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

3) получение консультаций врачей-специалистов;

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

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

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

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

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

10) допуск к нему адвоката или законного представителя;

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

Показателем роста информированности пациентов является то, что значительная часть вопросов касается выбора медицинской информации и врача: пациенты осведомлены о своем праве. Содержание вопросов касается процедуры.

Особый порядок выбора медицинских организаций существует для следующих категорий граждан:

- проживающие в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень,

- работники организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда;

- военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим, граждане, проходящими альтернативную гражданскую службу, граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу,

- задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

В случае с первичной медико-санитарной помощью для реализации права на выбор медицинской организации пациенту или его законному представителю нужно составить заявление о выборе медицинской организации в произвольной

форме. В заявлении должны быть указаны причины замены медицинской организации; наименование и фактический адрес поликлиники, фамилия и инициалы руководителя выбранной медицинской организации; информация о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные полиса ОМС (номер полиса и наименование страховой компании, выдавшей полис); место фактического проживания (по которому будет оказываться медицинская помощь на дому при вызове медицинского работника); место и дата регистрации; контактная информация; наименование и адрес медицинской организации, в которой пациент находится на обслуживании; информация о законном представителе или представителе (для ситуаций, когда они есть).

С заявлением нужно обратиться в медицинскую организацию. Это может быть как личное обращение, так и действия через представителя. После приема заявления медицинская организация начинает процедуру подтверждения информации, изложенной в заявлении, а затем процедуру информирования страховой компании и передачи копий медицинских документов пациента.

Информация, содержащаяся в медицинской документации, составляет врачебную тайну. Понятие врачебной тайны и недопустимость разглашения врачебной тайны, за исключением исчерпывающего перечня случаев, закреплено в том же в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 13).

В соответствии с законом врачебную тайну составляют «сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении», разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, не допускается, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, когда гражданин или его законный представитель дал письменное согласие на разглашение таких сведений, а также в следующих случаях:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, или если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители

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

3) по запросу органов дознания и следствия, суда;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему до 15 лет или несовершеннолетнему больному наркоманией до 16 лет или несовершеннолетнему больному наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Медицинские организации предпринимают меры для сохранения врачебной тайны. А поскольку сведения, составляющие врачебную тайну, являются основанием для оплаты страховыми компаниями в системе обязательного медицинского страхования, могут законно использоваться в том числе «в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и пр., оригиналы документов хранятся в медицинской организации.

С другой стороны, в законе сказано, что «пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов», и что «пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Необходимо обратить внимание на то, что выбор медицинской организации может осуществляться не чаще одного раза в год и что до момента постановки на медицинское обслуживание пациент наблюдается в той медицинской организации, в которой он наблюдался ранее. И хотя первичная медицинская помощь организуется по территориальному принципу, выбор пациента может противоречить этому принципу, что не может являться основанием для отказа пациенту.

Пациент также имеет право выбрать врача в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой пациент прикреплен. Для реализации этого права пациент должен составить заявление о замене лечащего врача на имя руководителя медицинской организации (подразделения) в произвольной форме. В заявлении должны быть указаны причины замены лечащего врача; фамилия, имя и отчество пациента и контактные данные для связи.

С заявлением пациент или его законный представитель обращается в медицинскую организацию (подразделение). В течение 3-х рабочих дней со дня подачи заявления руководитель медицинской организации (подразделения) должен связаться с пациентом и предоставить ему информацию о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи, после чего пациент осуществляет выбор врача. Нужно помнить, что выбор врача осуществляется с учетом согласия врача.

Выбор врача может осуществляться не чаще одного раза в год. До момента выбора нового пациента наблюдается у того врача, у которого он наблюдался ранее.

В случае получения специализированной медицинской помощи пациенты также имеют право на выбор медицинской организации и врача.

В данной ситуации выбор происходит в кабинете лечащего врача, направляющего пациента для получения плановой специализированной помощи. Именно врач должен проинформировать пациента или законного представителя пациента о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

На основании этой информации пациент или его законный представитель осуществляют выбор медицинской организации.

Поскольку речь идет о плановой, а не скорой помощи, пациент или его законный представитель могут выбрать медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой. Тогда лечащий врач делает соответствующую отметку в медицинской документации.

Лечащий врач выдает пациенту или его законному представителю направление на оказание специализированной медицинской помощи в выбранную медицинскую организацию. Направление содержит следующие сведения:

1) наименование медицинской организации (из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь);

2) дата и время, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Получая специализированную помощь, пациент также может осуществить выбор врача. Для этого пациент или его законный представитель составляет заявление о замене лечащего врача на имя руководителя соответствующего подразделения медицинской организации в произвольной форме. В заявлении должны быть указаны причины замены лечащего врача; фамилия, имя и отчество пациента и контактные данные для связи.

Пациент или его законный представитель обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением. В течение 3-х рабочих дней со дня подачи заявления дожидаться от руководителя соответствующего подразделения медицинской организации информации о врачах соответствующей специальности, работающих в медицинской помощи, после чего пациент осуществляет выбор врача. Выбор врача осуществляется с учетом согласия врача. До момента выбора нового врача пациент наблюдается у того врача, у которого он наблюдался ранее.

Много вопросов у пациентов и, соответственно, вопросы у активистов пациентских НКО связаны с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство. Зачастую граждане не понимают сути этого документа, расценивают как ненужную бюрократическую процедуру, как снятие ответственности с врача за результаты работы.

Эксперты Всероссийского союза пациентов проводили разъяснения о том, что понятие добровольного информированного согласия закрепляет обязанность врача информировать пациента, а также уважать неприкосновенность частной жизни пациента, быть правдивым и хранить врачебную тайну, с одной стороны, но с другой – этот принцип обязывает врача принять субъективное решение пациента к

исполнению. Информированное добровольное является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Информированное добровольное согласие дает пациент или его законный представитель.

Закон обязывает медицинских работников предоставить пациенту или его законному представителю полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Информация должна быть предоставлена в доступной форме.

Также закон закрепляет право пациента отказаться от медицинского вмешательства, а медицинских работников обязывает разъяснить гражданину или его законному представителю в доступной форме возможные последствия такого отказа.

Отдельно в законе указано, что пациенты или их законные представители для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Таким образом, закон различает ситуации, когда пациенты или их законные представители дают информированное добровольное согласие: 1) информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства – для получения первичной медико-санитарной помощи и 2) остальные случаи.

Во всех случаях информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

Законом предусмотрены случаи, когда медицинское вмешательство может быть проведено без согласия пациента или его законного представителя:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Важно различать ситуации, в которых пациент дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

В момент прикрепления к медицинской организации (поликлинике) для получения первичной медико-санитарной помощи и выбора врача пациент должен подписать информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств.

Этот документ пациент или его законный представитель подписывает при обращении в медицинскую организацию с полисом обязательного медицинского страхования. Документ оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

Перед оформлением документа гражданин или его законный представитель получает в доступной для него форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Эту информацию гражданину или законному представителю предоставляет врач или иной медицинский работник. Бланк информированного добровольного согласия заполняется и подписывается гражданином или законным представителем и медицинским работником, оформляющим такое согласие.

Подписанный документ действителен в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

Форма документа предусматривает место для внесения сведений о лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента. Если это поле не заполнено, то никто из родных и близких получить информацию о его здоровье не сможет. Особое внимание на это следует обратить родителям несовершеннолетних старше 15 лет или больных наркоманией старше 16 лет, поскольку по достижении указанного возраста они подписывают информированное добровольное согласие сами. Если родители (или иные лица) не вписаны в бланк, то никто, кроме несовершеннолетнего, без его присутствия не сможет получить информацию о состоянии его здоровья.

Пациент или его законный представитель могут отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В этом случае пациенту или его законному представителю предложат заполнить отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств. Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, может быть оформлен как при первом обращении пациента (его законного представителя) в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи, так и в любой момент позже, даже если вмешательство началось (пациент имеет право передумать).

В случае госпитализации сложилась такая практика, что информированное добровольное согласие дается в момент госпитализации и при каждом оперативном вмешательстве.

На данный момент в ряде медицинских организаций практикуется получение подписи пациента или его законного представителя при госпитализации на бланке информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, не заполненном в части, описывающей заболевание и/или состояние пациента, а также в части, содержащей перечисление видов медицинских вмешательств. В таких случаях бланк заполняется постфактум. Такая практика недопустима, и пациент или его законный представитель может (и должен) настоять на том, чтобы все необходимые разъяснения медицинскими работниками были даны и все виды

планируемых медицинских вмешательств были зафиксированы в документе. Пациенты должны помнить, что им не могут отказать в госпитализации, если они отказываются подписывать незаполненный бланк информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. В то же время пациент должен понимать, что без согласия, пописанного им, медицинская помощь (за исключением случаев, описанных в п. 9 ст. 20 Закона) оказана не будет.

Как и в случае подписания информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, нужно обратить внимание на поле для внесения сведений о лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента.

Традиционно много вопросов касаются предоставления медицинскими организациями платных услуг.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепляет право гражданина на получение платных услуг: граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи. Закон устанавливает объем, в котором граждане могут получить платные услуги: как в полном объеме стандарта медицинской помощи, так и в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Фактически любые медицинские услуги могут оказываться платно.

Для медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлены особые ограничения. Такие организации могут оказывать платные медицинские услуги в следующих случаях:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, - то есть сроки оказания помощи могут быть меньше предусмотренных территориальной программой, или объем помощи по просьбе пациента превышает стандарты, или применяются лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, или применяются медицинские изделия, лечебное питание, в том числе специализированные продукты лечебного питания, не предусмотренные стандартами медицинской помощи, или иное, при этом медицинские услуги может оказывать медицинская организация, к которой гражданин прикреплен с полисом ОМС или в которую направлен, имея полис ОМС;

2) при оказании медицинских услуг анонимно;

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

- здесь речь идет о плановой помощи, а экстренную или неотложную оказать должны в любом случае и бесплатно;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случая выбора медицинской организации – здесь речь идет о сознательном обращении в ту или иную медицинскую организацию, к которой гражданин не прикреплен с полисом ОМС, за получением платной услуги.

Организацию, оказывающую платные медицинские услуги, обязывают размещать на информационных стендах и в интернете в числе прочего полный перечень платных услуг и их стоимости, территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также обязывают заключать договор на оказание платных услуг.

Платные медицинские услуги могут оказываться пациентам «за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования», т.е. договорной характер отношений закреплен в законе.

Отношения субъектов, действующих в рамках предоставления платных медицинских услуг, регулируются Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Таких субъектов три:

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Потребитель и исполнитель могут быть один человеком (ситуация, когда пациент сам заключает договор и оплачивает медицинские услуги).

Нужно обратить внимание на то, что пациент имеет все права в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и для реализации этих прав Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг закреплено, что «платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан». Это значит, что перед дачей информированного добровольного согласия пациент получил от медицинского работника в доступной форме полную информацию «о целях, методах оказания медицинской помощи, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи» и может отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Условием предоставления платных медицинских услуг является то, что при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Договор о предоставлении платных медицинских

услуг должен содержать:

- а) сведения об исполнителе;
- б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);
фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;
наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;
- в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
- д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;
- е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;
- ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- з) порядок изменения и расторжения договора;
- и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

Важно обратить внимание на то, что такие договоры в медицинских организациях, как правило, предлагаются заказчику на типовом бланке. Нужно проверить, все ли сведения заполнены верно, является ли перечень платных медицинских услуг исчерпывающим. Также при необходимости заказчик может предложить исполнителю включить в договор иные существенные условия. Заказчик может потребовать составить смету, которая становится неотъемлемой частью договора.

Оказание любых дополнительных платных услуг, не указанных в договоре, требует дополнительного согласования с потребителем, а экстренная помощь, если такая потребуется, будет оказана потребителю бесплатно.

Заказчику платных медицинских услуг нужно иметь в виду, что в случае возникновения претензий к объему указанных услуг, результатам лечения и пр. и взаимопонимание с медицинской организацией, оказавшей услуги, не достигнуто с жалобой, как и при любых договорных отношениях, могут быть обращены в Роспотребнадзор, т.к. к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации № 2300-1 «О защите прав потребителей».

В течение 2015 года, судя по информации, предоставляемой активистами пациентских НКО, существенно изменилась структура жалоб пациентов с профильной нозологией. Пациенты часто недовольны заменой препарата и запрашивают алгоритм действий для того, чтобы добиться нужного препарата. Пациентам разъясняется, что в случае если при приеме препарата наблюдаются побочные действия, нежелательные реакции или отсутствие терапевтического эффекта, то врач должен заполнить Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства. При этом под побочным действием понимается реакция организма, возникшая в связи с применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в инструкции по его применению, для профилактики, диагностики, лечения заболевания или для реабилитации, под нежелательной реакцией – непреднамеренная неблагоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата.

Жалобы на побочные действия, нежелательные реакции или отсутствие ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства и данные врачебного осмотра должны быть тщательно зафиксированы в истории болезни пациента, и врач должен заполнить Извещение в 2-х экземплярах. Заполненное извещение проводится, как показывает сложившаяся практика, через врачебную комиссию медицинской организации, на нем ставится печать врача и врачебной комиссии. Затем первый экземпляр Извещения прикрепляется к истории болезни больного, второй передается ответственному за мониторинг безопасности в медицинской организации. Извещение направляется в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в срок не позднее 15 календарных дней со дня, когда стала известна соответствующая информация.

В случае отказа врача регистрировать побочные действия в Извещении о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства пациент может заполнить этот бланк сам, хотя он и предназначен для заполнения медицинским работником. Пациенты, самостоятельно выявившие нежелательные реакции или отсутствие ожидаемого эффекта препарата, вправе потребовать у лечащего врача заполнения данного извещения, и направления его в Росздравнадзор, либо отправить заполненное извещение самостоятельно.

Тем не менее, отказ врача реагировать на обоснованные жалобы пациента и регистрировать побочные действия, нежелательные реакции или отсутствие терапевтического эффекта лекарственного средства незаконен и недопустим. В этом случае необходимо обратиться сначала к главному врачу поликлиники, а при отсутствии реакции в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Дополнительно пациенту можно порекомендовать сделать копию Извещения и хранить ее у себя дома; послать в территориальный орган Росздравнадзора запрос о получении органом своего извещения.

Предметом постоянных жалоб пациентов с профильной нозологией является, по свидетельствам активистов, выплата компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу. Компенсация выплачивается инвалиду в случае, если предусмотренные индивидуальной программой реабилитации инвалида техническое средство реабилитации и (или) услуга не могут быть предоставлены инвалиду или инвалид самостоятельно приобрел указанное техническое средство реабилитации и (или) оплатил услугу за счет собственных средств. Компенсация выплачивается в размере стоимости приобретенного технического средства реабилитации и (или) оказанной услуги, но не более размера стоимости технического средства реабилитации и (или) услуги, предоставляемых уполномоченными органами в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, являющихся аналогичными техническому средству реабилитации, самостоятельно приобретенному за собственный счет инвалидом, и (или) оплаченной за счет собственных средств услуге. Таким образом, полную сумму за самостоятельно приобретённое техническое средства реабилитации и (или) оказанную услугу пациент получает только в случае, если сумма приобретения не выше цены приобретения аналогичного средства фондом социального страхования.

В случае самостоятельного приобретения технического средства реабилитации необходимо получить Индивидуальную программу реабилитации (ИПР) с назначенными техническими средствами реабилитации, направить в Фонд социального страхования заявление о предоставлении технического средства реабилитации согласно индивидуальной программы реабилитации, выяснить на

месте в Фонде социального страхования у инспектора, который принимает заявление, перспективу получения определенного технического средства реабилитации. Если пациента не устраивает вид, качество или сроки ожидания предлагаемого фондом социального страхования технического средства реабилитации, то пациент может приобрести его самостоятельно после включения в списки ожидания Фонда социального страхования.

Выяснить цену, которую можно получить в виде компенсации за необходимое техническое средство реабилитации, можно на сайте ФСС РФ по адресу <http://fss.ru/ru/fund/41108/index.shtml> в разделе «Компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации», выбрав из списка нужный регион. При этом нужно понимать, что размер компенсации определяется уполномоченным органом по результатам последней по времени осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания услуги, информация о которой размещена на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг (www.zakupki.gov.ru), проведенной уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд. Последней по времени осуществления закупкой технического средства реабилитации и (или) оказания услуги считается последняя завершённая процедура осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания услуги (заключенный уполномоченным органом государственный контракт на закупку технических средств реабилитации и (или) оказание услуг, обязательства по которому на дату подачи инвалидом или лицом, представляющим его интересы, заявления о возмещении расходов по приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги исполнены сторонами контракта в полном объеме).

В случае если уполномоченным органом закупка технических средств реабилитации и (или) оказания услуг не осуществлялась либо процедура осуществления закупки технических средств реабилитации и (или) оказания услуг не состоялась, стоимость соответствующего технического средства реабилитации и (или) услуги определяется по результатам последней по времени осуществления закупки технических средств реабилитации и (или) оказания услуг, информация о которой располагается на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, проведенной любым другим уполномоченным органом, расположенным в пределах территории федерального округа, в состав которого входит соответствующий субъект Российской Федерации.

Если на сайте не представлена информация о закупках аналогичных нужному техническим средствам реабилитации в своем регионе в текущих поставках, то инвалиду нужно связаться с местным отделением Фонда социального страхования и у них выяснить, какая будет компенсация за техническое средство реабилитации, закупки которого в регионе не осуществлялись.

Если пациент принимает решение о самостоятельном приобретении технического средства реабилитации, то при покупке необходимо получить у продавца все платежные документы: как правило, это товарный и кассовый чек с проставленными везде печатями. После осуществления покупки нужно написать заявление в Фонд социального страхования с просьбой компенсировать расходы.

Для получения компенсации инвалид должен предоставить документ, удостоверяющий личность, индивидуальную программу реабилитации инвалида, страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащее страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

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, а решение о выплате компенсации принимается уполномоченным органом в течение 30 дней со дня принятия уполномоченным органом заявления о выплате компенсации. Определение размера компенсации уполномоченным органом осуществляется на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида, документов, подтверждающих расходы по приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги, заключения медико-технической экспертизы (в отношении оказания услуги по ремонту технического средства реабилитации), а также стоимости технического средства реабилитации и (или) услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду, определяемой уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок технических средств реабилитации и (или) услуг. В случае если фактическая стоимость технического средства реабилитации и (или) услуги меньше, чем размер компенсации, определенный по итогам последней по времени осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания услуги, компенсация выплачивается исходя из затрат инвалида в соответствии с предоставленными документами, подтверждающими расходы по приобретению технического средства реабилитации и (или) оплаты оказанной услуги.

Наконец, существенная часть вопросов от профильных пациентов посвящена прохождению медико-социальной экспертизы, поскольку порядок прохождения экспертизы изменился. В Федеральном законе №181-ФЗ от 24.11.95 «О Социальной защите инвалидов в Российской Федерации» медико-социальная экспертиза определяется как признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

На медико-социальную экспертизу направляет 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.

Если пациент считает, что должен быть направлен на медико-социальную экспертизу, но организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты

населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев.

Инвалидность устанавливается на основании Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н.

«О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». В Приказе подробно описаны критерии установления инвалидности и условия получения той или иной группы.

Выделяют 4 степени стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, классифицируемые с использованием количественной системы оценки степени выраженности указанных нарушений, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100. I степень – стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов; (группа не устанавливается). II степень – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов (соответствует 3 группе). III степень – стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов (соответствует 2 группе). IV степень – стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов (соответствует 1 группе). Группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования не позднее 4-х лет после первичного признания лица инвалидом, в случаях невозможности уменьшения или устранения в ходе осуществления реабилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма или при наличии основного заболевания в Перечне заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно, не позднее 2-х лет после первичного признания лица инвалидом.

Освидетельствование на медико-социальной экспертизе является государственной услугой и строго регламентировано. Максимально возможное время ожидания в очереди на комиссии составляет 15 минут. Срок предоставления государственной услуги в бюро (главном бюро, Федеральном бюро) не может превышать одного месяца с даты подачи получателем государственной услуги заявления о предоставлении государственной услуги со всеми необходимыми документами. Гражданин имеет право получить копии актов бюро медико-социальной экспертизы. Заявление о выдаче копий актов освидетельствования пишется на имя руководителя районного бюро и главного бюро.

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации), а в случае, если получатель государственной услуги не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь; в стационаре, где получатель государственной услуги находится на лечении; заочно по решению бюро (главного бюро, Федерального бюро), - на дому.

Решение бюро медико-социальной экспертизы об отказе в установлении инвалидности может быть обжаловано в течение месяца с момента отказа в признании лица инвалидом в главное бюро медико-социальной экспертизы. Заявление подается через районное бюро медико-социальной экспертизы или непосредственно в главное бюро.

В связи с получением инвалидности граждане могут сталкиваться с незаконными действиями работодателей. Необходимо знать, что уволить сотрудника, который находится на больничном листе, по своей инициативе работодатель не может. Не могут уволить работника при установлении ему 3-й группы инвалидности. Инвалиды 2-й группы тоже способны к выполнению трудовой деятельности, но в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств или с помощью других лиц. При установлении 2-й группы инвалидности в индивидуальной программе реабилитации указаны ограничения к труду. Например, нельзя поднимать тяжести, работать в условиях повышенного температурного режима и т.д. При установлении 2-й группы работодатель может уволить работника, ссылаясь на то, что производственные условия не позволяют ему организовать для него специальные условия работы. Инвалид может и не требовать создания для него специальных условий труда и работать, если может продолжать работу в прежних условиях, все зависит от вида трудовой деятельности и от отношений с работодателем. Если создать специальные условия труда невозможно, а работник не может работать в прежних условиях, его могут перевести на другую, более легкую работу, не противопоказанную ему по состоянию здоровья, если у работодателя есть такое место. Но если у работодателя вообще нет подходящих инвалиду должностей, работника уволят. Нерабочей является лишь 1 группа инвалидности. Если группа нерабочая, то в индивидуальной программе реабилитации пишут, что доступен только надомный труд.

По-прежнему, активисты пациентских НКО ведут среди пациентов как профильных нозологий, так и остальных, разъяснительную работу по поводу прав на социальное обслуживание.

Право на социальное обслуживание имеют граждане, признанные нуждающимися в социальном обслуживании из числа граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, беженцев. Это пожилые граждане, инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья, в том числе дети-инвалиды, дети и семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации, граждане без определенного места жительства.

Социальное обслуживание основывается на заявительном принципе. Предоставление социальных услуг и отказ от них возможны только с учетом волеизъявления получателя. О предоставлении социальных услуг гражданин (его законный представитель) может обращаться непосредственно сам или по его

просьбе иные граждане, государственные органы, органы местного самоуправления, общественные объединения как в уполномоченный орган государственной власти субъекта Российской Федерации либо непосредственно к поставщику социальных услуг с письменным, либо электронным заявлением о предоставлении социального обслуживания.

Таким образом, представитель гражданина должен обратиться в УСОЗН в своем городе (или в районе) и написать заявление о получении социальных услуг, затем необходимо будет заполнить договор. Социальные услуги могут оказывать и государственные организации, и негосударственные, в том числе коммерческие, а также индивидуальные предприниматели, включенные в реестр поставщиков социальных услуг.

Получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей предоставляются следующие виды социальных услуг:

1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

8) срочные социальные услуги (обеспечение бесплатным горячим питанием или наборами продуктов; обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости; содействие в получении временного жилого помещения; содействие в получении юридической помощи в целях защиты прав и законных интересов получателей социальных услуг; содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей; иные).

Право на бесплатное социальное обслуживание имеют несовершеннолетние дети, лица, пострадавшие в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов, а также лица, имеющие на дату обращения среднедушевой доход ниже или равный размеру устанавливаемой предельной величины.

3.3. Методика работы социально ориентированных НКО с обращениями граждан

Здравоохранение и социальное обеспечение населения являются одной из важнейших функций государства.

В силу того, что деятельность органов власти подчинена, в том числе, задаче обеспечения здравоохранения и социального обслуживания населения, а также в связи с тем, что в государственных структурах сосредоточены основные ресурсы здравоохранения и здесь же находятся все точки принятия решений о здравоохранении, органы власти объективно должны быть основным партнером общественных организаций в деле защиты прав пациентов.

Цель взаимодействия НКО и органов власти в сфере здравоохранения – повышение качества и доступности медицинского обслуживания населения.

Взаимодействуя с органами власти, НКО решают следующие важнейшие задачи:

1. Защита гарантированных государством прав пациентов на медицинскую помощь, социальную защиту, лекарственное обеспечение.
2. Расширение прав пациентов, изменение алгоритмов, стандартов обслуживания населения.
3. Организация двусторонней коммуникации между органами власти и пациентским сообществом – информирование государства о проблемах, запросах и предложениях пациентов, информирование пациентов о работе государственных структур, разрешение спорных вопросов, вовлечение общественных ресурсов в систему государственного здравоохранения граждан и процессы ее оптимизации.

В связи с вышесказанным одним из важнейших принципов эффективного и долгосрочного взаимодействия общественных организаций с органами власти является принцип взаимной общественно-государственной пользы.

Пациентские организации могут быть для государственных структур поставщиком информации, поставщиком задач развития, оценщиком адекватности и качества услуг, общественным экспертом идей, решений, процессов, информантом об опасностях и рисках, возникающих для органов власти в связи с нарушениями и неадекватными решениями и деятельностью, агентом информирования пациентского сообщества, агентом конструктивного взаимодействия с пациентами и привлечения общественных ресурсов к общей деятельности по повышению качества и доступности медицинских услуг, эффективности применения государственных ресурсов.

Необходимо обратить внимание, что речь здесь не идет о пассивном «комплементарном» обслуживании общественными организациями локальных интересов отдельных руководителей и властных структур вне зависимости от того, что именно они делают. Речь идет о твердом выражении позиции пациентского сообщества, предоставлении органам власти достоверной обратной связи с целью коррекции из деятельности для наилучшего выполнения органами власти задачи по здравоохранению населения.

Даже вступая в локальные конфликты в ходе противодействия коррупции, нарушениям законодательства, нарушениям общественных интересов, пациентские организации, в конечном счете, выступают в помощь государственной власти - в деле повышения качества и доступности медицинских услуг, повышения качества, эффективности, повышения управляемости государственной системы; в помощь обществу – в процессе получения качественной и доступной медицинской помощи.

Очевидно, что помимо взаимной пользы, НКО во взаимодействии с государственными структурами должны руководствоваться принципами законности, достоверности и актуальности информации, открытости к сотрудничеству, конструктивности, сохранения врачебной тайны и персональных данных, принципа первичности интересов пациента и другими императивами, работающими на эффективное партнерское взаимодействие.

Степень активности НКО, вовлеченности НКО во взаимодействие с органами власти, степень полезности НКО для органов власти, определяют то, насколько органы власти будут информированы о положении и мнении пациентского сообщества, насколько запросы пациентов будут удовлетворяться органами власти и то, насколько органы власти будут поддерживать инициативы НКО и собственно организацию. А от последнего вновь будет зависеть эффективность НКО в помощи пациентам и государству.

Процесс взаимодействия НКО пациентов и органов власти может быть всеобъемлющим и включать в себя самые различные направления, способы и приемы совместной работы.

Неизменной остается общая логика работы НКО:

1. НКО собирают информацию, выявляют, анализируют проблемы, запросы, предложения пациентов.
2. НКО предъявляют общественности проблемы пациентов, актуализируют их для целевых групп, важнейшей из которых являются представители государственных структур.
3. НКО участвуют в выработке решений выявленных проблем (предлагают готовые решения, вырабатывают, инициируют процесс выработки).
4. НКО содействуют процессам принятия решения в государственных структурах относительно решения проблем.
5. НКО контролируют исполнение решений органов власти.
6. Получение НКО на основании всего вышеуказанного различных ресурсов от государственных структур – материальных, финансовых, организационных, имиджевых, статусных, правовых, информационных и т.п.

Письменная коммуникация является одним из важнейших видов деловой коммуникации. Письменный деловой язык делопроизводства является традицией, которой НКО необходимо овладеть в обязательном порядке. В ходе обучающих мероприятий, проведенных в рамках проекта, активистам НКО рекомендовалось применять правило: «Обращение – это средство информирования, а не конфликта. Переписка – это основа принятия решения государственными структурами». Очень важно в речи – как письменной, так и устной – отказаться от устаревшего слова «жалоба» и применять термин «обращение», поскольку он, с одной стороны, является общеупотребительным (а жалоба – только одна из разновидностей обращения), с другой – не имеет отрицательных коннотаций.

Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» дает следующее определение обращения и его разновидностей:

- «обращение гражданина – направленные в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в письменной форме или в форме электронного документа предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение гражданина в государственный орган, орган местного самоуправления»;

- «предложение – рекомендация гражданина по совершенствованию законов и иных нормативных правовых актов, деятельности государственных органов и органов местного самоуправления, развитию общественных отношений, улучшению социально-экономической и иных сфер деятельности государства и общества»;

- «заявление – просьба гражданина о содействии в реализации его конституционных прав и свобод или конституционных прав и свобод других лиц, либо сообщение о нарушении законов и иных нормативных правовых актов, недостатках в работе государственных органов, органов местного самоуправления и должностных лиц, либо критика деятельности указанных органов и должностных лиц»;

- «жалоба – просьба гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц».

Граждане имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения, включая обращения объединений граждан, в том числе юридических лиц, в государственные органы, органы местного самоуправления и их должностным лицам, в государственные и муниципальные учреждения и иные организации, на которые возложено осуществление публично значимых функций, и их должностным лицам.

Закон устанавливает требования к обращениям: обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в форме электронного документа, подлежит рассмотрению в порядке, установленном настоящим Федеральным законом. В обращении гражданин в обязательном порядке указывает свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес электронной почты, если ответ должен быть направлен в форме электронного документа, и почтовый адрес, если ответ должен быть направлен в письменной форме. Гражданин вправе приложить к такому обращению необходимые документы и материалы в электронной форме либо направить указанные документы и материалы или их копии в письменной форме.

В случае, если в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается. В случае, если текст письменного обращения не поддается прочтению, ответ на обращение не дается и оно не подлежит направлению на рассмотрение в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, о чем в течение семи дней со дня регистрации обращения сообщается гражданину, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению. В случае, если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему неоднократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, руководитель государственного органа или органа местного самоуправления, должностное лицо либо уполномоченное на то лицо вправе принять решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки с гражданином по данному вопросу при условии, что указанное обращение и ранее направляемые обращения направлялись в один и тот же государственный орган, орган местного самоуправления или одному и тому же должностному лицу. О данном решении уведомляется гражданин, направивший обращение. В случае, если ответ по существу поставленного в обращении вопроса не может быть дан без разглашения сведений, составляющих государственную или

иную охраняемую федеральным законом тайну, гражданину, направившему обращение, сообщается о невозможности дать ответ по существу поставленного в нем вопроса в связи с недопустимостью разглашения указанных сведений. В случае, если причины, по которым ответ по существу поставленных в обращении вопросов не мог быть дан, в последующем были устранены, гражданин вправе вновь направить обращение в соответствующий государственный орган, орган местного самоуправления или соответствующему должностному лицу.

Рекомендации по оформлению исходящей документации

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

Памятка – как написать письмо чиновнику

Зачем нужна переписка с чиновником.

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

Прежде чем просить чиновника.

- Поймите, чего вы хотите.

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

Как написать письмо чиновнику: атрибуты.

- Бланк.
- Дата.
- Исходящий номер.
- К кому обращаемся – ФИО, должность.
- Правильное оформление текста (размер шрифта, знаки, жирный шрифт, отступ, абзац, восклицательные знаки).
- Подпись.
- Список приложений к письму.

Как написать письмо чиновнику: содержание.

- Описание проблемы (одна!).
- Четко сформулированная просьба (одна!).
- Лаконичный текст.
- Аргументы и факты.
- Текст не более одной страницы, но возможно приложение к письму.

Как написать письмо чиновнику: действия.

- Письмо должно поступить в официальном порядке: заказное письмо с уведомлением о вручении и описью вложения или сдать в канцелярию под расписку или штамп.
- Выйти на контакт с чиновником, а не ждать ответа.

После получения ответа.

- Если отрицательный ответ:
 - Узнайте контрдоводы чиновника.
 - Подготовьте дополнительные аргументы.
 - Определите к какому чиновнику теперь обратиться (уровень выше или другое министерство).
 - Проинформируйте общественность через СМИ.
- Если положительный ответ:
 - Установите контакт с чиновником.
 - Узнайте сроки и порядок действия по Вашему обращению.
 - После выполнения обязательств – поблагодарите чиновника (письменно, через СМИ).

Порядок рассмотрения обращения и права граждан

Обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, подлежит обязательному рассмотрению. В случае необходимости государственный орган, орган местного самоуправления или должностное лицо, рассматривающие обращение, может обеспечить его рассмотрение с выездом на место.

Граждане имеют следующие права при рассмотрении обращения:

- представлять дополнительные документы и материалы либо обращаться с просьбой об их истребовании, в том числе в электронной форме;
- знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения, если это не затрагивает права, свободы и законные интересы других лиц и если в указанных документах и материалах не содержатся сведения, составляющие государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну. При написании обращений активистам пациентских НКО следует учитывать врачебную тайну (врачебную тайну составляют сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении) и тайну персональных данных (персональные данные - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу), понимать, что сведения, содержащие врачебную тайну или персональные данные, не будут предоставлены;
- получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, уведомление о переадресации письменного обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов;
- обращаться с жалобой на принятое по обращению решение или на действие (бездействие) в связи с рассмотрением обращения в административном и (или) судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения.

Письменное обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

Документы, регламентирующие обработку обращений

- Конституция РФ. Статья 33. Граждане Российской Федерации имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления.
- Федеральный закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ.
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации приказ от 26 декабря 2011 г. №1643н об утверждении административного регламента министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги «организация приема граждан, своевременного и полного рассмотрения их обращений, поданных в устной или письменной форме, принятие по ним решений и направление ответов в установленный законодательством российской федерации срок».

Адресаты обращений граждан

Активисты пациентских НКО имеют рекомендации по поводу адресата обращения в зависимости от содержания обращения.

Таблица 20. Адресаты жалоб, предложений, заявлений

Адресат	Содержание жалобы, предложения, заявления
В региональные министерства (муниципальные департаменты)	Региональные программы обеспечения людей дорогостоящими препаратами (7 нозологий) из регионального бюджета Все виды медицинской и реабилитационной помощи, оказываемые на территории субъекта федерации Необеспечение средствами реабилитации в соответствии с федеральным и региональным перечнями Необустроенность инфраструктуры, недостатки в организации безбарьерной среды (пандусы, поручни, лифты, подъемники и т.п.) Проблемы получения гражданами ИПР в местных МСЭ Нарушение трудового кодекса (в сфере занятости и т.п.) Недостаток кадров в медицинских учреждениях для оказания социально-психологической реабилитации инвалидов и членов их семей Необходимость выделения целевых средств для некоммерческих организаций (НКО), объединяющих инвалидов из средств областного бюджета, заложенных на поддержку НКО Невозможность размещения информации в СМИ Обучение и переподготовка инвалидов Поездки инвалидов по территории и за границу субъекта федерации (социальное такси, посадка в самолет и поезд, оплата места за коляску, оплата сопровождающего и т.п.)
Федеральное Министерство здравоохранения и социального развития РФ	Нарушения федерального законодательства (следует дублировать в Росздравнадзор) Проблемы, связанные с изменениями перечня лекарственных препаратов (следует дублировать в Росздравнадзор) Необходимость увеличения объема заявки (лимита) (следует дублировать в Росздравнадзор) Листы ожидания, формируемые в регионах (следует дублировать в Росздравнадзор) Проблемы с качеством исполнения заявки – дубль в РЗН Необходимость создания в регионе института специальной помощи инвалидам
УПЧ	Все жалобы от конкретных физических лиц

Жалобу рекомендуется дублировать губернаторам, председателям областных Законодательных Собраний, представителям Росздравнадзора, запросы – по необходимости в Росздравнадзор.

Таблица 21. Адресаты запросов

Адресат	Содержание запроса
Медицинские организации	Койко-места Протоколы ведения пациента
Поликлиники	Количество получающих дорогостоящие препараты и услуги Виды оказания медицинской помощи и препаратов в учреждении Количество отсроченных (нереализованных) рецептов, причины их наличия Вопросы, связанные с направлением на МСЭ Вопросы, связанные с назначением индивидуальной программы реабилитации (ИПР)
Аптеки	Отсроченные рецепты Зарегистрированные рецепты Отоваренные рецепты Сроки отоваривания рецептов Возвраты на склад
Аптечный склад	Своевременность (даты) поступления препаратов Своевременность (период) принятия препаратов на склад Остатки
Органы социальной защиты (только в интересах инвалидов)	Безбарьерная среда Объем и содержание местных программ поддержки инвалидов Предоставление списков нуждающихся в конкретных видах услуг и/или предметов больных для возможности оказания им адресной помощи на средства соцзащиты
Главные врачи	Состояние специализированной помощи на территории (специализированные центры – медицинские и реабилитационные, специализированные ставки, кадровое обеспечение) Исполнение заявок на закупки лекарственных препаратов, охват заявленных больных Направления на санаторно-курортное лечение
В региональное министерство здравоохранения	Анализ качества медицинской помощи Объем финансирования закупок лекарственных препаратов Состояние исполнения заявок Наличие решений о системе специализированной помощи

В течение последнего времени активисты пациентских НКО обращались в различные инстанции с предложениями, жалобами, заявлениями. В предлагаемых примерах показано, какого рода обращения могут быть отправлены в различные инстанции, как может стилистически быть оформлено обращение, приемы аргументации. Во всех случаях при написании обращений активистам рекомендуется придерживаться конструктивного подхода, способствующего принятию взвешенных решений, быть настроенными на диалог с властью.

3.4. Алгоритмы оказания правовой помощи пациентам силами НКО в ситуациях наиболее распространенных запросов

Решение проблемы отказа пациенту в медицинской помощи

1. Получить оформленную письменную жалобу пациента с указанием фактов, дат, данных пациента.
2. Попытаться получить описание причины отказа в письменном виде.
3. Выяснить со специалистами правомочность отказа.
4. Провести консультацию пациента о том, что необходимо сделать. Заручиться его согласием действовать – самостоятельно или совместно с вами.
5. Составить жалобу и обратиться с ней к руководству ЛПУ.
6. При отказе попытаться разрешить проблему за счет «телефонного права» - через личные контакты с руководителями. Описать проблему и последствия ее не разрешения «мирным путем».
7. При отказе обратиться письменно (соблюдая основные правила деловой переписки – см. тему «Как преодолеть недостаточность регионального финансирования льготных дорогостоящих лекарственных средств») по нарастающей:
 - Росздравнадзор и его совет.
 - Минздрав и его совет.
 - Уполномоченный по правам человека.
 - Губернатор, вице-губернатор, председатель думы, профильный депутат.
 - Федеральный Росздравнадзор и его совет.
 - Минздрав РФ, Президент РФ.
 - Прокуратура, следственный комитет субъекта РФ, суд.

Противодействие замене бесплатных медицинских услуг на платные

1. Ознакомление с перечнем бесплатных услуг (323з-н) согласно ОМС.
2. Организация контроля силами пациентов, НКО, Советов, привлекаемых органов власти за соблюдением требований закона о запрете платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях.
 - 2.1. Организация процесса выявления нарушений: создание горячих линий, адресов, времени приема обращений, распространение информации о каналах приема обращений.
 - 2.2. Получение оформленной жалобы пациента.
 - 2.3. Попытка решения вопроса на неформальных контактах.
 - 2.4. Направление жалобы последовательно: в ЛПУ, в Росздравнадзор и совет, в Минздрав и Совет, в страховые компании, в налоговую, в прокуратуру, суд.
3. Инициирование проверок через Минздрав, налоговую, прокуратуру.
4. Прохождение суда. Получение компенсации в суде затрат на платные услуги. Возложение (в судебном порядке) обязанности предоставить бесплатные услуги.
5. Для профилактики - организация рассмотрения в ОС вопросов: незаконной замены бесплатных услуг платными, укомплектованности ЛПУ.

Создание специализированных кабинетов и центров реабилитации

1. Найти специалистов в теме. Выяснить каковы регламенты в сфере. Провести общественный мониторинг по данному вопросу (сбор информации о количестве инвалидов, нуждающихся в реабилитации, видах реабилитации,

эффективности реабилитации, проблемах, возникающих из-за отсутствия реабилитации). Спроектировать создание центра совместно со специалистами в двух вариантах – без выделения дополнительных средств и с выделением. Описать проблему и проект решения в виде официального письма с приложениями.

2. Обращение в органы исполнительной и законодательной власти (письма, личные встречи, общественный совет) с описанием проблемы и предложением способов ее решения.
3. Действия по выделению региональных средств и созданию центра без выделения средств (путем реорганизации) аналогично теме «Как преодолеть недостаточность регионального финансирования льготных дорогостоящих лекарственных средств?».

Защита права групп пациентов на льготные лекарственные препараты

На данный момент в РФ около трехсот тысяч пациентов, чье здоровье и жизнь зависят от обеспечения их дорогостоящим лекарственными препаратами. Так как стоимость части лекарственных средств чрезвычайно высока (до 1,5 млн. руб. в год для одного пациента), государство взяло на себя обеспечение выявленных пациентов такими средствами.

Наиболее известные заболевания, требующие такого лечения это рассеянный склероз, муковисцидоз, гемофилия, болезнь Гоше, карликовый нанизм, хронический миелоидный лейкоз.

Пациенты с этим заболеваниями, а так же с рядом заболеваний, требующих дорогостоящего операционного вмешательства, обеспечиваются льготными лекарственными средствами за счет государства по специальной программе «7 нозологий».

Не получение пациентами этих препаратов грозит им быстрой и необратимой глубокой инвалидизацией и гибелью.

Тем не менее часть пациентов не получает столь нужным им препараты, несмотря на то, что имеет на это право. Основная причина – неумение региональных специалистов и органов власти составлять заявки на лекарственные средства с учетом статистики вновь выявляемых пациентов, а так же не готовность региональных органов власти обеспечивать вновь выявленных пациентов вплоть до запроса и получения лекарств за счет федерального бюджета из средств бюджета регионального.

Результатом такой экономии (а проще – нежелания в должной мере заботиться о сохранении здоровья пациентов) становятся серьезные социальные потери государства и общества: пациенты инвалидизируются, дезинтегрируются из общества, перестают обеспечивать себя и свои семьи, семьи распадаются, государство, потеряв активных членов, начинает расходоваться на содержание тяжелых инвалидов.

Для избегания таких ситуаций нужна активная работа НКО в правовом-организационном поле.

Далее приведена схема - как защищать права пациентов на дорогостоящие льготные лекарственные препараты. Для наибольшей наглядности схема подготовлена на примере защиты пациентов, страдающих от хронического миелоидного лейкоза (ХМЛ). Для защиты прав пациентов других нозологий необходимо применять аналогичную последовательность действий.

Сегодня в России более шести тысяч больных с диагнозом хронический миелоидный лейкоз получают лечение в рамках программы финансирования лекарственной помощи для редких и дорогостоящих заболеваний «7 нозологий».

Однако доступный в рамках программы «7 нозологий» препарат (препарат первой линии) неэффективен у 20-30% пациентов. Для такой категории пациентов показаны препараты второй линии, которые до настоящего времени, не включены в федеральные программы.

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2011 г. № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» – программа «7 нозологий» - определяет перечень редких заболеваний и дорогостоящих препаратов для их лечения, закупка которых производится за счет средств федерального бюджета.

Пунктом «ж» части 1 статьи 72 Конституции Российской Федерации установлено, что социальная защита отнесена к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Установление конкретных способов и объемов такой защиты, отнесено к компетенции законодателя.

Пунктом 24 части 2 статьи 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 года №184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, относится решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот, социальной поддержки ветеранов труда и др., в том числе за счет предоставления субвенций местным бюджетам и т.д.

Частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации предусмотрено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета страховых взносов и других поступлений.

Согласно п.п.2,3 статьи 16 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья отнесены разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения, разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования.

На основании п.1, п.5 статьи 37 этого же Закона, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской

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

На основании п.3 статьи 80 этого же Закона, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

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

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

Согласно п.2 приказа Минздравсоцразвития №704 от 14 ноября 2007 года, стандарт медицинской помощи больным с миелолейкозом и другими гемобластозами носит рекомендательный характер.

Врач при определении способа лечения пациента не может быть ограничен каким-либо перечнем лекарственных препаратов, в противном случае это приведет к нарушению прав граждан на охрану здоровья, гарантированное ст.41 Конституции РФ.

В соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 года № 890, больные онкологическими заболеваниями имеют право на бесплатное обеспечение всеми лекарственными препаратами.

Согласно п.4 Постановления Правительства РФ от 30 июня 1994 г № 890 «Об утверждении перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи» органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предписано своевременно обеспечивать оплату лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно или со скидкой.

Отсутствие какого-либо лекарственного средства в перечне не препятствует его назначению по показаниям профильным пациентам и включению в стандарты оказания медицинской помощи на основании консолидированного мнения медицинского профессионального сообщества, базирующегося на клинических протоколах и методических рекомендациях.

Закупка лекарственных средств для государственных и муниципальных нужд осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94 ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» с соблюдением требований Федерального закона от 26.07.2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

Нормативные правовые акты, регулирующие государственные закупки лекарственных средств не содержат ограничений в части размещения заказа на закупку лекарственных средств для государственных и муниципальных нужд в зависимости от того включено или нет данное лекарственное средство в Перечень.

Кроме того, в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. N 1074, за счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с «перечнем» групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных «перечнем» жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым Правительством Российской Федерации

При этом ст. 4.1 Федерального закона «О государственной социальной помощи» определено, что с 1 января 2008 г. органам государственной власти субъектов Российской Федерации переданы для осуществления следующие полномочия Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг: организация размещения заказов на поставки лекарственных средств, изделий медицинского назначения, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов; заключение по итогам размещения государственных заказов на поставки лекарственных средств соответствующих государственных контрактов; организация обеспечения населения лекарственными средствами, закупленными по государственным контрактам.

В ряде регионов закупки препаратов второй линии для лечения ХМЛ осуществляются из местного бюджета, и пациенты получают показанную терапию. Но в некоторых регионах больным, которым рекомендованы данные препараты, отказывают в жизненно необходимом лечении. Пациенты вынуждены отстаивать свои права на лечение.

Государство гарантирует безусловное предоставление лекарственных средств при лечении ХМЛ. Основанием для получения лекарственного препарата является рекомендация врача-гематолога в амбулаторной карте или выписном эпикризе из стационара.

Нехватка средств в региональном бюджете не может служить оправданием отказа в предоставлении необходимых лекарств, выписанных врачом.

Лечащий врач-гематолог по месту жительства имеет право самостоятельно рекомендовать препарат Иматиниб. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, в которые входят и препараты второй линии, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (КЭК). Направление медицинской документации пациента, нуждающегося в препарате, в вышестоящие организации федерального уровня для назначения препарата не обязательно.

Обращение в вышестоящие медицинские учреждения оправдано в том случае, если 1) врач местного уровня не уверен в диагнозе и тактике лечения 2) пациент намерен получить дополнительное заключение по своему заболеванию

Вышестоящее медицинское учреждение может оспорить решение врача-гематолога. Заключение может быть сделано заочно на основании медицинской документации.

Ведущие российские учреждения федерального уровня, предоставляющие заключение по ХМЛ:

- Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАМН (Москва),
- Гематологический научный центр РАМН (Москва),
- Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии (С-Петербург),
- Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (С-Петербург).

На местном уровне вопрос о предоставлении препаратов второй линии для лечения ХМЛ первично решает Министерство здравоохранения региона.

1 Этап. Обращение на имя Министра здравоохранения региона

Если местный Минздравсоцразвития отказывает предоставить лекарства, по инициативе пациентов и пациентской организации в решение вопроса поэтапно вовлекаются властные структуры местного и федерального уровня. Основной инструмент влияния – 1) письменные обращения, на которые по закону ответ должен быть получен не позже чем в течение 1 месяца 2) запись на прием к ответственным лицам. Ниже перечислены инстанции, в которые в текущей ситуации, наиболее часто и результативно направляются обращения пациентов с ХМЛ по поводу лекарственного обеспечения препаратами второй линии.

2 Этап. Одновременное обращение с приложением предыдущей переписки

- Министерство здравоохранения РФ
- Губернатору области
- В Территориальное управление Росздравнадзора
- В федеральную службу Росздравнадзора

3 Этап. Одновременное обращение с приложением предыдущей переписки

- Уполномоченному представителю Президента в округе
- Уполномоченному по правам человека в регионе
- Областную Государственную Думу/Законодательное собрание

4 этап. Одновременное обращение с приложением предыдущей переписки

- Прокурору области,
- В специализированный отдел Прокуратуры субъекта РФ по здравоохранению
- Премьер-министру РФ
- Президенту РФ

Обеспечение необходимого регионального финансирования закупок жизненно важных льготных препаратов

1. Получить жалобы от пациентов. Создать список пациентов, нуждающихся в недостающем финансировании. НКО имеет право вести такие списки для своих членов и вообще для пациентов. Важное условие – брать с пациентов «информированное согласие» на использование персональных данных (Форма – в интернет). Пациентов надо мотивировать тем, что только при их участии данную проблему можно попробовать решить в короткие сроки.
2. Понять – какова проблема, как именно можно ее решить (всегда есть несколько вариантов – бюджет министерства, решение губернатора,

изменение в бюджете региона в текущем или следующем году, расширение федеральной заявки и т.п.), кто именно отвечает за решение проблемы в соответствии с выбранными вариантами (для проектирования вариантов поговорите с экспертами – главными специалистами, сотрудниками министерства, Думы).

3. Письмо в департамент об обеспечении пациентов министерство. Письмо должно быть оформлено в соответствии с деловой традицией. Направлено тому, кто отвечает за тему. Одно письмо – одна тема. Четкое приведение фактов. Апелляция к конкретным законам и актам (например, к рекомендациям Минздрава РФ об обеспечении пациентов за счет региональных средств. Уточните у юристов). К письму желательно приложить – список пациентов, заключения специалистов. Копия письма - губернатору, вице-губернатору, депутатам законодательного собрания, уполномоченному по правам человека.
4. При отказе – работа с министерством (выяснение причин отказа, совместное проектирование способов решения проблемы), с главным специалистом и экспертами в сфере (получение частных справок и официальных заключений), с максимально высокими инстанциями в правительстве (министром, вице-губернатором, губернатором – на предмет их мотивации к решению проблемы), с Законодательным собранием (председателем, с профильными депутатами, с аппаратом думы – на предмет совместного поиска способа решения, поиска депутата, который станет заниматься вопросом, получения юридических справок от аппарата); работа с Уполномоченным по правам человека (получение от него запросов, рекомендаций); работа с Советами – для получения запросов, постановлений, рекомендаций, донесения проблемы до руководителей и специалистов, организация участия в бюджетном процессе - подача заявки на средства от министерства, сопровождение заявки в думе; Организация публичной кампании (Советы, эксперты, депутаты, НКО, пациенты; мероприятия, доклады, дискуссии, СМИ, Советы, интернет, акции, кампании жалоб).
5. При невозможности решить бесконфликтным образом, в крайнем случае – обращения в прокуратуру, в суд. Тут нужно понимать, что этим лучше угрожать, чем делать это. После обращения отношения с потенциальными партнерами могут быть испорчены.
6. После достижения цели, максимально выразить участникам благодарность: лично, грамоты, СМИ, интернет, письма и тп.

Обеспечение пациентов льготными дорогостоящими лекарственными препаратами второй линии

1. Если есть жалоба пациента – НКО может ему помогать. Нет жалобы – нет помощи. Пациент действует сам.
2. Врач сообщает о переходе на 2-ю линию.
3. Изучить перечень препаратов 2-й линии.
4. Определить уровень выделения льготы – региональный или федеральный.
5. Изучить региональные особенности выделения аналогичных препаратов.
6. Получение заключения специалиста и/или врачебной комиссии.
7. Направление запроса в компетентное подразделение Минздрава региона.
8. Да: получение препарата.
9. Нет:
 - 9.1. обращение в общественную организацию.

- 9.2. обращение к главному специалисту по теме.
 - 9.3. обращение в благотворительную организацию и фармкомпанию.
 - 9.4. обращение в Росздравнадзор.
 - 9.5. обращение в Минздрав.
 - 9.6. обращение к губернатору, вице-губернаторам, председателю думы, депутатам, уполномоченному по правам человека, федеральные Росздравнадзор, Минздрав.
 - 9.7. При отказе: обращение в прокуратуру, суд.
 - 9.8. Прохождение суда, получение исполнительного листа.
(в целом действовать по алгоритму сходному с темой «Как преодолеть недостаточность регионального финансирования льготных дорогостоящих лекарственных средств»).
10. Организация закупки препарата (контроль).

Организация судебного процесса в защиту прав пациентов

Рассмотрим ситуацию на опыте Всероссийского общества онкогематологии «Содействие» (ВООГ «Содействие»), защищающей права пациентов, страдающих от хронического миелоидного лейкоза (ХМЛ).

Типовой для них ситуацией судебной защиты прав пациентов является борьба за обеспечение пациентов дорогостоящими лекарственными средствами из региональных бюджетов, а также препаратов из так называемой «второй линии» - препаратов, предоставление которых не гарантировано прямо федеральным законодательством. Согласно исследованиям, проведенным ВСП в 2014-2015 гг., примерно 20-30% судебных исков пациентов сегодня в России удовлетворяются. То есть подача исков является весьма эффективной технологией. Опыт ВООГ «Содействие» является весьма успешным и заслуживает распространения. Далее приводим рекомендации экспертов организации.

На основании п. 6 ст. 53 Гражданского процессуального кодекса РФ полномочия представителя в процессе могут быть определены устным заявлением доверителя непосредственно в судебном заседании с занесением в протокол. Т.е., пациент, права которого вы пришли защищать в суде, во время начала судебного процесса, имеет право в устной форме заявить о том, что он ходатайствует перед судом, что его интересы в суде будет представлять Сидоров Иван Петрович. В этом случае нотариальная доверенность не требуется. Суд может в этом случае обязать пациента написать письменное заявление непосредственно в ходе заседания.

Кроме этого, обращаю внимание на то, что в суде необходимо *доказать* отсутствие обеспечения препаратами. Согласно ст. 56 ГПК РФ *«каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основания своих требований и возражений»*. Процесс носит состязательный характер и доказать свою правоту это *обязанность*, причем доказывать необходимо опираясь не только на нормативно-правовые акты, но и обратить внимание суда на физическое и медицинское состояние истца (пациента).

Обязательно готовьтесь, изучите основные приказы и постановления, сделайте себе «заготовки» из тех пунктов, которые могут вам понадобиться, изучите решения судов из других регионов. В обязательном порядке изучите местное законодательство по вопросу обеспечения лекарственными препаратами:

- 1) Положение о Министерстве (Комитете) здравоохранения региона в части касающейся обеспечения лекарственными препаратами.
- 2) Территориальную программу госгарантий на текущий и прошедший год.

3) Территориальные программы социально значимых заболеваний, онкологии и др.

После того, как станет известно, что прокуратура получила жалобу, необходимо связаться с прокурором, которому была передана жалоба на рассмотрение. Представляйтесь, указывая полное наименование организации, предложите свою помощь и сообщите ему, что у вас уже имеются на руках решения судов по аналогичным вопросам в других регионах и предложите их для ознакомления. Оставьте свои координаты для дальнейших контактов.

Перед заседанием постарайтесь связаться с прокурором, лучше если это будет личная встреча, ознакомьтесь с иском, проговорите проблемные вопросы. Может возникнуть необходимость объяснить прокурору свою позицию или разъяснить ему какой-либо вопрос.

1. В судебном процессе необходимо кратко изложить ситуацию:

- когда, кем и какой препарат назначен. В названии препарата необходимо указать его Международное непатентованное наименование (МНН) и торговое наименование. В нашей ситуации необходима ссылка на Международное непатентованное наименование (МНН) Нилотиниб или Дазатиниб.
 - Необходимо ссылка на рекомендацию, каким лечебным учреждением она выдана. В случае, если имеется отказ в обеспечении с формулировкой «корректирование лечения», необходимо сослаться на подведомственность лечебного заведения и приоритет назначения лечения ведущими специалистами. Кроме того, необходимо в обязательном случае заострить внимание на том, что препарат назначен по жизненным показаниям.
 - По какой причине назначен лекарственный препарат: непереносимость, резистентность и т.д. Обратите внимание суда на нетипичное течение болезни и невозможность дальнейшего приема препарата.
 - Указать суточную дозировку, а также необходимая месячная и годовая потребность. Необходимо учитывать, на какой срок (28 или 30 дней) хватает упаковки и из этого исходить при расчете годовой потребности.
 - Куда и когда пациент обращался по вопросу обеспечения и какие получены ответы из организаций, куда он обращался.
2. Чтобы судье было легче разобраться в вопросе по существу, кратко расскажите о самой болезни, о тяжести заболевания. Обязательно заострите внимание на непрерывности лечения, сделав акцент на то, что, хотя лечение и дорогостоящее (назовите стоимость месячного курса), пациенты чувствуют себя настолько хорошо, что многие добровольно отказываются от инвалидности. Дополнительной помощью могут послужить материалы по ХМЛ авторитетных медицинских центров или ведущих специалистов.
3. Обосновать назначение препарата и необходимость в продолжение лечения можно на основании выписки из истории болезни, медицинской карте, консультаций и т.д. Здесь необходимо подчеркнуть, что на основании стандарта лечения, который носит рекомендательный характер, и то, что специалистами-гематологами назначена терапия именно этим препаратом по жизненным и медицинским показаниям.

На основании п. 1 ст. 13 Федерального закона РФ №61-ФЗ от 12.04.2010 года «Об обращении лекарственных средств» лекарственные препараты вводятся в гражданский оборот на территории Российской Федерации, если они

зарегистрированы соответствующим уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данные лекарственные препараты включены в Государственный реестр лекарственных средств.

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" Назначение и выписывание лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, при оказании им первичной медико-санитарной помощи осуществляется медицинским работником в случаях типичного течения заболевания пациента исходя из тяжести и характера заболевания согласно утвержденным в установленном порядке стандартам медицинской помощи.

Стандарт лечения хронического миелолейкоза (ХМЛ), утвержденный Приказом Минздравсоцразвития №704 от 14 ноября 2007 г., согласно п.2, носит рекомендательный характер. Схема лечения, согласно стандарта лечения, оказалась неэффективной и требуется терапия препаратом Нилотиниб/Дазатиниб, что подтверждается рекомендациями специалистов.

На основании п.1, п.5 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. *Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.*

Врач при определении способа лечения пациента не может быть ограничен каким-либо перечнем лекарственных препаратов, в противном случае это приведет к нарушению прав граждан на охрану здоровья, гарантированное ст.41 Конституции РФ.

Приложением №1 Постановления Правительства РФ от 30.07.1994 года № 890 определено, что лица, имеющие онкологическое заболевание, обеспечиваются всеми лекарственными средствами бесплатно. Приведите ссылки из местного законодательства по вопросу обеспечения лекарственными препаратами:

- 1) Положение о Министерстве (Комитете) здравоохранения региона.
- 2) Территориальную программу госгарантий на текущий и прошедший год.
- 3) Территориальные программы по социально-значимым заболеваниям.
4. Необходимо доказать наличие перерывов в приеме препарата (если имеет место прекращение обеспечения во время приема лекарственных средств) на основании записей в лечебной документации (медицинских книжках, справках и др.), на основании дат выписки рецептов и фактического получения препарата. Если осуществлялся прием препарата с перерывами, то необходимо посчитать по дням сколько дней был перерыв в приеме, с какого по какое число не принимался препарат и каковы были причины.
5. Последствия перерывов и неприема препаратов (акселерация, мутация, бластный криз, смерть)
6. Предоставьте судье решения судов по аналогичным вопросам из других регионов.

3.5. Примеры успешных практик правовой защиты пациентов силами социально ориентированных НКО

Описание успешных практик приводится на основании Исследования лучших практик социально ориентированных некоммерческих организаций в сфере здравоохранения, проведенного Всероссийским союзом общественных объединений в ходе программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты».

Исследование было проведено по технологии кейс-стади - изучения и описания практик социально ориентированных НКО путем качественного исследования - изучения документов НКО, изучения открытых данных об НКО, опроса представителей НКО. Для сбора данных у НКО организаторами исследований были запрошены документы, описывающие деятельность организаций. Для проведения опроса организациям были направлены для самозаполнения анкеты. Анализ открытых данных осуществлялся путем изучения интернет сайтов организаций и публикаций об организациях в интернет. Выявление лучших практик защиты и социальной адаптации пациентов и членов их семей силами СО НКО было проведено в ходе глубинных интервью.

При анализе и описании лучших практик, для сравнения и выявления тенденций и наилучшего описания картины деятельности НКО использовались так же материалы ранее проведенных Всероссийским союзом пациентов исследований.

Целью исследования являлось изучение взаимодействия социально ориентированных некоммерческих организаций с внешними партнерами – органами государственной власти, медицинским сообществом и специализированными учреждениями и иными, выявление успешных практик.

Выборка исследования была построена на базе наиболее активных и масштабно действующих социально ориентированных НКО Всероссийского союза пациентов, представляющих сегодня интересы граждан в сфере здравоохранения.

В ходе исследования были изучены практики федеральных структур и региональных представительств Всероссийского общества гемофилии, Общероссийской общественной организации инвалидов - больных рассеянным склерозом, МОД «Движение против рака», МОО «Российская Диабетическая Ассоциация», Межрегиональная общественная организация больных сахарным диабетом «ДиаЛайф», МОО «Помощь больным муковисцидозом, Межрегиональная общественная организация нефрологических пациентов «НЕФРО-ЛИГА», Межрегиональная общественная организация «Содействие больным с Гоше», Общественная организация «Лига защитников пациентов», Всероссийское общество-онкогематологии «Содействие», Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда».

Исследование было завершено 25 февраля 2015 года.

Воронежская область

Ситуация 1

Проблема. Необходимость платить за МРТ при освидетельствовании заболевания «рассеянный склероз» (далее РС); пациенты делали эту диагностическую процедуру за свой счет. Проблема давно была «на виду». Обращение региональной НКО с проблемой в областной Департамент здравоохранения результата не давало.

Повод для начала работы: Освещение проблемы на заседании Общественного

совета при Росздравнадзоре.

Особенности работы с проблемой. Проблема была озвучена Председателем региональной НКО на заседании Общественного совета при Росздравнадзоре. Один из членов Совета, председатель медицинской страховой компании, указала, что проблема попадает под страховую случай и нужно обратиться в ФОМС. По ее рекомендации, было подготовлено обращение в Фонд медицинского страхования (с обоснованием, почему МРТ является обязательной процедурой). Через две недели поступил звонок, а затем официальный ответ – подтверждение о том, что случай является страховым.

Результат. Официальное письмо от ФОМС было перенаправлено в Министерство здравоохранения, и вопрос тут же решился в пользу пациентов: сегодня поликлиники получают квоты на проведение МРТ с контрастом как диагностической процедуры для больных РС.

Комментарии. Вопрос решился «не с той стороны, как ожидали», от Департамента здравоохранения после получения официального письма из ФОМС никакого противодействия не было.

Ситуация 2

Проблема. Отсутствие системы медицинской реабилитации для больных РС (по стандартам оказания медицинской помощи реабилитация должна быть, по факту это дорогостоящая услуга, внедрить которую в регионе не было возможности). Проблема давно была «на виду». Обращение с проблемой в областное Министерство здравоохранения результата не давало.

Повод для начала работы: Знакомство региональной НКО с Союзом реабилитологов.

Особенности работы с проблемой. На одном из мероприятий Председатель региональной НКО познакомилась с местным Союзом реабилитологов. Региональная НКО предложила Союзу реабилитологов подготовить совместную секцию на предстоящем публичном мероприятии. Союз реабилитологов оказался очень заинтересован в сотрудничестве и расширил предложение (дополнив его методическим сопровождением: «предложили сделать методичку»). По итогам переговоров было направлено письмо в Департамент о планируемом совместном мероприятии. Мероприятие носило информационных характер (что такое реабилитация, что она должна включать), на нем работала выездная лаборатория, узкие специалисты-медики (неврологи, офтальмолог, логопед и др.), психологи. Мероприятие посетило 100 инвалидов и оказалось интересным для всех сторон. По итогам было направлено письмо-предложение в Департамент (при поддержке главного невролога): при больнице № 16 было создано отделение реабилитационного профиля, в четырех районных поликлиниках открыты «пункты психологической помощи».

Результат. По итогам мероприятия родилась более широкая инициатива создания отделений реабилитации разных форм. При региональном Департаменте здравоохранения после очередного обращения Председателя пациентской НКО созвано рабочее совещание по реабилитации (для создания алгоритма реабилитации).

Комментарии. Разовый совместный проект дал начало планомерной глубокой работе по реабилитации (присоединили к сосудистой реабилитации, там хорошее оборудование, специалисты).

Ростовская область

Ситуация 1

Проблема: постановка первичного диагноза РС молодой женщине 25 лет, у которой на попечении бабушка с дедушкой, «лежачая» мама с этим же диагнозом и ребенок 3 лет. На тот момент в области были сложности с поставками препаратов, и ей было сказано «Вы поставлены в очередь». Когда подойдет очередь, неизвестно (в то время люди ждали по несколько лет, за это время их болезнь приобретала серьезные формы).

Повод для начала работы: обращение пациента к Председателю регионального отделения ООИИ-БРС.

Особенности работы с проблемой.

На тот момент требовать моментального обеспечения лекарствами было бессмысленно, программы «Семь нозологий» еще не было. Нужно было подключать нетрадиционные ресурсы и способы. На следующий день в стране была «Прямая линия с Президентом» (В.Путин). Председателем НКО была выбрана и предпринята «массированная атака». (1) Председатель НКО и пациентка весь день «бомбили» президентский центр приема обращений смс-ками, (2) бабушка звонила по телефону прямой линии, (3) было отправлено письмо через интернет с кратким описанием проблемы (не обстоятельное заявление на 2 листа, которое в центре приема обращений ввиду их массового характера мало кто бы читал, - была очень хорошо найдена специфика обращения) с приложением всех возможных контактов.

Результат: На следующий же день после Прямой линии с Президентом пациентке позвонили из областного Министерства здравоохранения (пациентка живет не в районном городе), пригласили в Ростов-на-Дону, и через две недели она начала получать препарат. В настоящее время пациентка по прошествии 9 лет полностью сохранна, т.к. сразу начала получать и без перерыва получает препарат.

Комментарии. Председатель действует по принципу «в войне все средства хороши», гибко подходит к решению проблем. Здесь – задействовует механизм прямого обращения в федеральный орган власти.

Ситуация 2

Проблема. Отсутствие регулярного осмотра специалистом-неврологом семейной пары с нарушением опорно-двигательного аппарата (больная РС и пациент с травмой позвоночника, «спинальник», оба «не ходячие»), живущей в отдаленном районе области (до районной поликлиники, к которой прикреплены, 120 км). По закону, врачебный осмотр должен быть хотя бы раз в 3 месяца.

Повод для начала работы: обращение пациента к Председателю регионального отделения ООИИ-БРС (по телефону).

Особенности работы с проблемой. Заявление-обращение пациента на имя Председателя НКО с просьбой оказать помощь в получении права на медицинское обслуживание. На основании этого заявления была составлена жалоба на имя главврача районной больницы с указанием всех возможных контактных данных.

Результат. Тут же позвонил врач-невролог и приехал на машине полиции со всем необходимым медицинским оборудованием для проверок и анализов. Врач оставил свой мобильный телефон («ради Бога только не жалуйтесь»). Дальше медицинское сопровождение стало постоянным.

Ситуация 3

Проблема. Семья инвалидов-колясочников вынуждена покупать дорогостоящие пульта от колясок, которые быстро выходят из строя. Официальной гарантии на пульта нет, но срок службы менее года – это основание для замены.

Повод для начала работы: обращение пациента к Председателю регионального отделения ООИИ-БРС (по телефону).

Особенности работы с проблемой. Заявление пациента на имя Председателя НКО и направление жалоб в предприятие, выпускающие пульта к электрическим коляскам (г. Калуга). Направление жалоб с периодичностью в месяц (написало – ответ не пришел – написала – ответ не пришел... - так полгода). После пятого письма Председателю позвонили с предприятия: «что Вы от нас хотите». Диалог: «У нас эти пульта по 3 года ждут» - «Мне неинтересны ваши проблемы, у меня семья из двух человек, для которых добраться до кухни или ванной на коляске единственная возможность... Я на вас в Прокуратуру напишу» - «Не надо».

Результат. Пульта были присланы предварительно проверенные.

Ситуация 4

Проблема. Длинный лист ожидания на получение препарата (до принятия программы «Семь нозологий»).

Повод для начала работы: проблема нехватки препаратов стояла давно, и искались способы ее решения.

Особенности работы с проблемой. Региональная НКО обратилась к пациентам с предложением написать письма на имя Министра здравоохранения области. Письма одинакового содержания: «... Мне сказали, что моя очередь подойдет нескоро – скажите, пожалуйста, (1) когда подойдет моя очередь, (2) какой у меня номер в листе ожидания, (3) какой препарат я буду получать». Таких писем было направлено более 200. Приходили письма по-очереди. После 205-го письма председателю региональной НКО позвонил начальник управления лечебной части: «Что вы делаете, мы не можем работать, вынуждены отвечать на письма». Региональное НКО впервые пригласили на рабочее совещание в Министерство.

Результат. Министерство здравоохранения, прежде закрытое для пациентского сообщества, впервые было вынуждено пригласить лидеров НКО для решения злободневных вопросов.

Комментарии. Привлечение внимания к проблеме через механизм публичной акции

Ситуация 5

Проблема. Пациенту сменили препарат. Новый препарат вызвал побочные эффекты. Назначение препарата в то время осуществлял главный невролог; районный врач-невролог не принимал участия в наблюдении пациентов, не был заинтересован в решении их проблем и не мог изменить «не свое» назначение («кто тебе этот препарат назначил, к тому и иди»).

Повод для начала работы: патронажная сестра посоветовала пациенту обратиться к Председателю регионального отделения ООИИ-БРС.

Особенности работы с проблемой.

Пациент – ветеран войны в Чечне, живущий одиноко, инвалид I группы. Вся эта информация была использована для выбора субъектов обращения. Было составлено письмо-жалоба и запущен «бегунок». Цель – обратить внимание на человека. Субъекты обращения: Прокуратура, Министерство здравоохранения РФ, ЛДПР (Жириновский), КПРФ (Зюганов), Единая Россия (Грызлов), федеральный

вестник (через знакомого корреспондента, работавшего с ситуациями нарушения прав пациентов) и Уполномоченный по правам человека.

Параллельно пациент обратился к районному врачу-неврологу с просьбой составить карту побочных реакций и написать заключение о влиянии предыдущего препарата, который ему подходил хорошо (и который он просил вернуть).

Все субъекты обращения, получившие письмо, послали запрос в областное Министерство здравоохранения. Таким образом, в Министерство по-очереди начали приходить письма с разных федеральных инстанций с одним вопросом по одному человеку. Итог – запрос Министерства к главному неврологу с просьбой разобраться. Главный невролог был вынужден отвечать на все запросы федеральных структур. И здесь заключение лечащего врача сыграло ключевую роль, поскольку для главного невролога при ответе на федеральные запросы оно стало основанием для принятия решения в пользу пациента.

Результат. Пациенту был возвращен прежний препарат.

Общие приемы в работе с проблемами

- Направление жалобы непосредственно в районное медицинское учреждение, ответственное за решение проблемы (если есть возможность пойти более легким путем, зачем писать Президенту... ни один главврач не захочет, чтоб жалоба на него дошла до вышестоящих органов).
- «Массированная атака» в разных формах:
 - «бомбардирование жалобой» учреждения (направление одной и той же жалобы с периодичностью в месяц);
 - массированные обращения во все возможные федеральные инстанции, минуя областное министерство с целью обратить на себя внимание;
 - публичная акция (массовое воздействие пациентского сообщества на органы управления здравоохранением).

Сахалинская область

Возникающие повседневные проблемы решаются быстро с привлечением Министерства здравоохранения.

Ситуация 1

Проблема: Зимой больная РС получила дорогостоящий препарат (Копаксон) на 3 месяца, но оставила его в машине, и препарат пришел в негодность (замерз). Самостоятельно больная эту проблему решить бы не смогла (врач бы не пошел навстречу, ибо препарат дорогостоящ).

Повод для начала работы: обращение пациента к Председателю регионального отделения ООИИ-БРС.

Особенности работы с проблемой:

Председатель пациентской НКО в этот же день на заседании Общественного совета при Министерстве здравоохранения озвучила проблему («мы не можем наказать эту пациентку... и препарат ей нужен уже сегодня»).

Результат: Зам. Министра сразу же позвонила в районную поликлинику и отдала распоряжение о повторной выписке рецепта. Проблема была оперативно решена в течение двух часов.

Комментарии. Региональное министерство здравоохранения само заинтересовано в привлечении Общественного совета для решения возникающих конфликтных ситуаций с пациентами (использует Совет как буфер между собой и общественностью).

Ситуация 2

Проблема: ликвидация малокомплектной поликлиники в районе области вызвала недовольство пациентов. Была создана инициативная группа, которая направила петицию в Министерство здравоохранения области. Представители Министерства выезжали на встречу, на которой прозвучала просьба собрать Общественный совет для решения данной проблемы.

Повод для начала работы: обращение в Общественный совет Министерства здравоохранения.

Особенности работы с проблемой:

1. Советом было сформировано тематическое заседание по проблеме с приглашением всех вовлеченных в проблему сторон и субъектов: главврачей медучреждений, на базе которых произошел конфликт, при необходимости главных специалистов и т.п. Инициативной группе пациентов в обязательном порядке было направлено приглашение участвовать в заседании Совета. Заседание формировалось из (А) зависимых, (Б) независимых экспертов (общественники, члены Совета).
2. На заседании была рассмотрена проблема, заслушаны аргументы всех сторон, коллегиально проработана тактика действий и принимается решение.
3. Протокол заседания с детальным пояснением по мельчайшим пунктам был направлен инициативной группе пациентов (1) по почте, (2) лично вручен представителями Министерства с пояснениями.

Результат: проблема была решена на заседании Совета за 1,5 часа. Решение направлено инициативной группе недовольных пациентов.

Тактика работы с конфликтными ситуациями и обращениями пациентов в Министерство

1. Общественный совет формирует тематическое заседание по проблеме с приглашением всех вовлеченных в проблему сторон и субъектов: главврачей медучреждений, на базе которых произошел конфликт, при необходимости главных специалистов и т.п. Инициативной группе пациентов в обязательном порядке направляется приглашение по участию в заседании Совета. Заседание формируется из (А) зависимых, (Б) независимых экспертов (общественники, члены Совета).
2. На заседании Совета рассматривается проблема, заслушиваются аргументы всех сторон, коллегиально прорабатывается тактика действий и принимается решение.
3. Протокол заседания Совета направляется инициативной группе пациентов (1) по почте, (2) лично вручается представителями Министерства с пояснениями.

Ульяновская область

Проблема: Решение вопроса о возможности посещения бассейна на бесплатной основе инвалиду 3 группы с заболеванием рассеянный склероз. Семья пациента признана малоимущей.

Повод для начала работы: обращение пациента к Председателю регионального отделения ООИИ-БРС.

Особенности работы с проблемой:

Опыта работы с подобными случаями не было, стратегия действий вырабатывалась председателем в процессе.

1. Получение копии документа, подтверждающего имущественное положение пациента и являющегося основанием для дальнейшего ходатайства (справки из УОГКУ соцзащита в г. Ульяновск № 454а от 16.02.2015 г.).

2. Подготовка ходатайства – обращения в УРО ВПП «Единая Россия» (см. Приложение).

3. Выступление по данному обращению на рабочей группе УРО ВПП «Единая Россия» (председатель РО ООИИ-БРС является членом этой группы) по реализации Партийного проекта «Единая страна - Доступная среда». В рамках заседания рабочей группы рассматривался вопрос: «О возможности посещения спортивных объектов, бассейнов людьми с ограниченными возможностями здоровья на бесплатной основе / на условиях частичной оплаты».

Результат: вопрос решен положительно: пациенту предоставили даже более льготные условия посещения бассейна, которые ему положены по законам Ульяновской области. И дополнительно предоставлена возможность бесплатного посещения другого бассейна, по рекомендации Регионального исполнительного комитета партии «Единая Россия» (см приложения).

Рекомендации: приведенный случай нетипичен, т.к. он удачно «попал» в тренд, действующую региональную программу «Единая страна – Доступная среда», к которой председатель пациентской организации имеет самое непосредственное отношение. При наличии соответствующих ресурсов, использование этой стратегии весьма удачно.

В целом, единая стратегия работы в подобных случаях – обращение в Министерство физической культуры и спорта. От имени общественной организации. Такое пожелание прозвучало от самого Министерства физической культуры и спорта.

Общие тактики работы региональных НКО с возникающими проблемами

- Направление жалобы непосредственно в районное медицинское учреждение, ответственное за решение проблемы («если есть возможность пойти более легким путем, зачем писать Президенту... ни один главврач не захочет, чтоб жалоба на него дошла до вышестоящих органов», Ростовская область, ситуация 2).
- Решение проблемы через Общественный совет при территориальном органе управления здравоохранением – проведение тематического заседания по проблеме (Сахалинская область, ситуация 2).
- Прямое решение проблем через региональный орган управления здравоохранением. Использование этой тактики возможно при условии наличия тесных рабочих отношений пациентской НКО с местным министерством здравоохранения (Сахалинская область, ситуация 1).
- Поиск новых субъектов для решения проблемы:
 - Освещение проблемы на любых публичных мероприятиях, обсуждение,

- поиск ответов на вопросы (Воронежская область, ситуация 1,2).
- Обращение к сторонним референтным источникам (Воронежская область, ситуация 1).
- Привлечение новых партнеров к решению проблемы (Воронежская область, ситуация 2).
- Использование прямого канала федеральной власти для воздействия на региональную власть (Ростовская область, ситуация 1).
- Политические партии в регионах, чьи программы по тематике близки возникающим проблемам (Ульяновская область).
- «Массированная атака» в разных формах:
 - «Бомбардирование жалобой» учреждения – направление одной и той же жалобы с периодичностью в месяц (Ростовская область, ситуация 3).
 - «Запуск бегунка» - массированные обращения во все возможные федеральные инстанции, минуя областное министерство с целью обратить на внимание на проблему/пациента (Ростовская область, ситуация 5).
 - Публичная акция – массовое воздействие пациентского сообщества на органы управления здравоохранением (Ростовская область, ситуация 4).

4. ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ: ПОЛЕ ПРАВОВОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РЕСУРС РАЗВИТИЯ НКО

4.1. Организационно правовая характеристика форм общественного контроля, предусмотренных законодательством

(по тексту Федерального закона от 21.07.2014 №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации»)

В условиях реформирования здравоохранения, политики оптимизации бюджетных расходов остро встает вопрос правовой защиты интересов пациентов при принятии решений, которые напрямую или косвенно влияют на вопросы доступности и качества медицинской помощи.

К сожалению, система органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья населения децентрализована и решения, принимаемые федеральными органами власти, зачастую искажаются или попросту не реализуются на региональном уровне.

В этой связи с точки зрения формирования и защиты прав граждан как пациентов все более актуальной становится задача формирования системы общественного контроля в сфере здравоохранения.

Сфера общественного контроля сегодня регулируется Федеральным законом №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» от 21 июля 2014. Далее мы рассмотрим основные предлагаемые законом формы общественного контроля, требования к процедуре, участникам и организаторам общественного контроля. Такая работа позволит, во-первых, сориентировать социально ориентированные НКО в данном виде деятельности. А во-вторых, такой анализ, на наш взгляд, будет содействовать определению направлений оптимизации нормативно-правового регулирования сферы общественного контроля.

В соответствии с ФЗ №212, контроль должен реализовываться на уровне регионов и муниципалитетов Российской Федерации силами Общественных палат и Общественных советов при активном участии граждан и общественных объединений.

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

Общественный мониторинг

Общественный мониторинг – это осуществляемое субъектом общественного контроля постоянное (систематическое) или временное наблюдение за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 19, п. 1. Под общественным мониторингом в настоящем законе понимается осуществляемое субъектом общественного контроля постоянное (систематическое) или временное наблюдение за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

Инициатор

- ✓ не определен.

Организатор

- ✓ Общественная палата Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты субъектов Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты (советы) муниципальных образований,
- ✓ общественные наблюдательные комиссии,
- ✓ общественные инспекции,
- ✓ общественные объединения,
- ✓ иные негосударственные некоммерческие организации.

ФЗ-212, ст. 19, п. 2. Организаторами общественного мониторинга являются Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований, общественные наблюдательные комиссии, общественные инспекции, общественные объединения и иные негосударственные некоммерческие организации.

Требования к срокам проведения

- ✓ отсутствуют.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ отсутствуют.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ предварительного оповещения нет,
- ✓ проводится публично и открыто с использованием информационно-телекоммуникационных систем, в том числе информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ порядок проведения и определения результатов общественного мониторинга устанавливается организатором,
- ✓ организатор общественного мониторинга обнародует информацию о предмете общественного мониторинга, сроках, порядке его проведения и определения его результатов.

ФЗ-212, ст. 19, п. 3. Общественный мониторинг проводится публично и открыто с использованием информационно-телекоммуникационных систем, в том числе информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 19, п. 4. Порядок проведения общественного мониторинга и определения его результатов устанавливается организатором общественного мониторинга. Организатор общественного мониторинга обнародует информацию о предмете общественного мониторинга, сроках, порядке его проведения и определения его результатов в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Итоговый документ

- ✓ может быть подготовлен или не подготовлен,

- ✓ если документ подготовлен, то он подлежит обязательному рассмотрению органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 19, п. 5. Субъектом общественного контроля по результатам проведения общественного мониторинга может быть подготовлен итоговый документ, который подлежит обязательному рассмотрению органами государственной власти, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 19, п. 6. Итоговый документ, подготовленный по результатам общественного мониторинга, обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Требования к распространению итогового документа / результатов

- ✓ если документ подготовлен, то он обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ по результатам может быть инициировано общественное обсуждение,
- ✓ по результатам могут быть инициированы общественные (публичные) слушания,
- ✓ по результатам может быть инициирована общественная проверка,
- ✓ по результатам может быть инициирована общественная экспертиза,
- ✓ по результатам может быть инициировано иное общественное мероприятие.

ФЗ-212, ст. 19, п. 6. Итоговый документ, подготовленный по результатам общественного мониторинга, обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 19, п. 7. В зависимости от результатов общественного мониторинга его организатор вправе инициировать проведение общественного обсуждения, общественных (публичных) слушаний, общественной проверки, общественной экспертизы, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных общественных мероприятий.

Общественная проверка

Общественная проверка – это совокупность действий субъекта общественного контроля по сбору и анализу информации, проверке фактов и обстоятельств, касающихся

- ✓ общественно значимой деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,

- ✓ деятельности, затрагивающей права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 20, п. 1. Под общественной проверкой в настоящем Федеральном законе понимается совокупность действий субъекта общественного контроля по сбору и анализу информации, проверке фактов и обстоятельств, касающихся общественно значимой деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, а также деятельности, затрагивающей права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций. Общественные проверки проводятся в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами.

Инициатор

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

ФЗ-212, ст. 20, п. 2. Инициаторами общественной проверки могут быть Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации, Общественная палата Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований и иные субъекты общественного контроля.

Организатор

- ✓ не определен.

Требования к срокам проведения

- ✓ не более 30 дней.

ФЗ-212, ст. 20, п. 5. Срок проведения общественной проверки не должен превышать тридцать дней.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ к проверке могут быть привлечены общественные инспекторы,
- ✓ общественные инспекторы привлекаются на общественных началах,
- ✓ общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- ✓ общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о любых попытках подкупа или давления на него, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- ✓ в случае нарушения общественным инспектором обязанностей по подготовке заключения и по информированию организатора о конфликте интересов, попытках подкупа или давления такой общественный инспектор отстраняется от данной проверки и не может привлекаться к проведению другой общественной проверки.

ФЗ-212, ст. 21, п. 1. Общественный инспектор - гражданин, привлеченный на общественных началах для проведения общественной проверки. Общественный инспектор при проведении общественной проверки пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе.

ФЗ-212, ст. 21, п. 3. Общественный инспектор обязан сообщить организатору общественной проверки о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, а также о любых попытках подкупа или давления на него. Информация об этом обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 21, п. 4. В случае нарушения общественным инспектором обязанностей, установленных частями 2 и 3 настоящей статьи, он не может быть участником данной общественной проверки и в дальнейшем привлекаться к проведению другой общественной проверки.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ порядок организации и проведения устанавливается организатором,

- ✓ организатор общественной проверки доводит до сведения руководителя проверяемого органа или организации информацию об общественной проверке, о сроках, порядке ее проведения и определения результатов,
- ✓ при подготовке общественной проверки ее организатор вправе направить в проверяемый орган или организацию запрос о предоставлении необходимых для проведения общественной проверки документов и других материалов,
- ✓ общественные инспекторы при проведении общественной проверки пользуются необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе,

ФЗ-212, ст. 20, п. 3. Порядок организации и проведения общественной проверки устанавливается ее организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

ФЗ-212, ст. 20, п. 4. Организатор общественной проверки доводит до сведения руководителя проверяемого органа или организации информацию об общественной проверке, о сроках, порядке ее проведения и определения результатов.

ФЗ-212, ст. 20, п. 6. При подготовке общественной проверки ее организатор вправе направить в проверяемый орган или организацию запрос о предоставлении необходимых для проведения общественной проверки документов и других материалов.

ФЗ-212, ст. 21, п. 1. Общественный инспектор - гражданин, привлеченный на общественных началах для проведения общественной проверки. Общественный инспектор при проведении общественной проверки пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественных проверок в отдельных сферах государственного управления, в том числе правом получать информацию, необходимую для проведения общественной проверки, подготавливать по результатам общественной проверки итоговый документ (заключение) и участвовать в его подготовке, а также высказывать особое мнение в итоговом документе.

Итоговый документ

- ✓ организатор подготавливает итоговый документ (акт),
- ✓ акт должен содержать, в частности, основания для проведения общественной проверки, перечень документов и других материалов, изученных в ходе общественной проверки, установленные и документально подтвержденные факты и обстоятельства нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций или запись об

- отсутствии таковых, выводы о результатах общественной проверки и предложения и рекомендации по устранению выявленных нарушений,
- ✓ акт, в случае привлечения к проверке общественных инспекторов, составляется на основании заключения (заключений), представленного организатору общественными инспекторами,
 - ✓ заключение, подготовленное общественным инспектором, должно содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной проверки, а также предложения и рекомендации.

ФЗ-212, ст. 20, п. 7. По результатам общественной проверки ее организатор подготавливает итоговый документ (акт), который должен содержать, в частности, основания для проведения общественной проверки, перечень документов и других материалов, изученных в ходе общественной проверки, установленные и документально подтвержденные факты и обстоятельства нарушения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций или запись об отсутствии таковых, выводы о результатах общественной проверки и предложения и рекомендации по устранению выявленных нарушений.

ФЗ-212, ст. 21, п. 2. Итоговый документ (заключение), представленный общественным инспектором организатору общественной проверки, должен содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной проверки, а также предложения и рекомендации.

Требования к распространению итогового документа / результатов

- ✓ акт направляется руководителю проверяемых органа или организации, а также иным заинтересованным лицам,
- ✓ акт размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 20, п. 8. Итоговый документ (акт), подготовленный по результатам общественной проверки, направляется руководителю проверяемых органа или организации, а также иным заинтересованным лицам, размещается субъектами общественного контроля в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Общественная экспертиза

Общественная экспертиза – это...

- ✓ анализ и оценка актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ проверка соответствия таких актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов требованиям законодательства,

- ✓ проверка соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

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

ФЗ-212, ст. 22, п. 1. Под общественной экспертизой в настоящем Федеральном законе понимаются основанные на использовании специальных знаний и (или) опыта специалистов, привлеченных субъектом общественного контроля к проведению общественной экспертизы на общественных началах, анализ и оценка актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, проверка соответствия таких актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов требованиям законодательства, а также проверка соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 22, п. 2. Проведение общественной экспертизы является обязательным в отношении актов, проектов актов, решений, проектов решений, документов и других материалов в случаях, установленных федеральными законами.

Инициатор

- ✓ органы государственной власти,
- ✓ органы местного самоуправления,
- ✓ государственные и муниципальные организации,
- ✓ иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации,
- ✓ Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка,
- ✓ Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей,
- ✓ уполномоченные по правам человека,
- ✓ уполномоченные по правам ребенка,
- ✓ уполномоченные по защите прав предпринимателей,
- ✓ уполномоченные по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации,
- ✓ Общественная палата Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты субъектов Российской Федерации,
- ✓ общественные палаты (советы) муниципальных образований,
- ✓ иные субъекты общественного контроля.

ФЗ-212, ст. 22, п. 3. Общественная экспертиза может проводиться по инициативе органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 22, п. 4. Инициаторами проведения общественной экспертизы могут быть Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по защите прав предпринимателей, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка, по защите прав предпринимателей, по правам коренных малочисленных народов в субъектах Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов Российской Федерации, общественные палаты (советы) муниципальных образований и иные субъекты общественного контроля.

Организатор

- ✓ не определен.

Требования к срокам проведения

- ✓ не более 120 дней со дня объявления о проведении общественной экспертизы.

ФЗ-212, ст. 22, п. 8. Срок проведения общественной экспертизы не может превышать сто двадцать дней со дня объявления о проведении общественной экспертизы, если иное не установлено федеральными законами.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ общественный эксперт – специалист в соответствующей области знаний.
- ✓ общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о наличии у общественного инспектора конфликта интересов, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- ✓ общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о любых попытках подкупа или давления на него, информация об этом должна быть обнародована, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- ✓ в случае нарушения общественным экспертом обязанностей по подготовке заключения и по информированию организатора о конфликте интересов, попытках подкупа или давления такой общественный инспектор отстраняется от данной экспертизы и не может привлекаться к проведению другой общественной экспертизы.

ФЗ-212, ст. 22, п. 6. Если проведение общественной экспертизы в соответствии с федеральным законодательством является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы специалиста в соответствующей области знаний (общественного

эксперта) либо сформировать экспертную комиссию. Экспертная комиссия формируется из общественных экспертов, имеющих соответствующее образование и квалификацию в различных областях знаний.

ФЗ-212, ст. 23, п. 3. Общественный эксперт обязан сообщить организатору общественной экспертизы о наличии у общественного эксперта конфликта интересов, а также о любых попытках подкупа или давления на него. Информация об этом обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 23, п. 4. В случае нарушения общественным экспертом обязанностей, установленных частями 2 и 3 настоящей статьи, он не может быть участником данной общественной экспертизы и в дальнейшем привлекаться к проведению других общественных экспертиз.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ порядок организации устанавливается организатором,
- ✓ если проведение общественной экспертизы является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы общественного эксперта либо сформировать из общественных экспертов экспертную комиссию,
- ✓ отбор общественных экспертов осуществляется на основании сведений, предоставленных научными и (или) образовательными организациями, общественными объединениями и иными негосударственными некоммерческими организациями, а также на основании сведений, размещенных в открытом доступе,
- ✓ общественные эксперты имеют право подготавливать по результатам общественной экспертизы итоговый документ (заключение) либо участвовать в подготовке общего итогового документа (общего заключения).

ФЗ-212, ст. 22, п. 5. Порядок проведения общественной экспертизы устанавливается ее организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

ФЗ-212, ст. 22, п. 6. Если проведение общественной экспертизы в соответствии с федеральным законодательством является обязательным, организатор общественной экспертизы может привлечь на общественных началах к проведению общественной экспертизы специалиста в соответствующей области знаний (общественного эксперта) либо сформировать экспертную комиссию. Экспертная комиссия формируется из общественных экспертов, имеющих соответствующее образование и квалификацию в различных областях знаний.

ФЗ-212, ст. 22, п. 7. Отбор кандидатур для включения в состав общественных экспертов осуществляется организатором общественной экспертизы на основании сведений, предоставленных научными и (или) образовательными организациями, общественными объединениями и

иными негосударственными некоммерческими организациями, а также на основании сведений, размещенных на личных страницах общественных экспертов в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 23, п. 1. Общественный эксперт при проведении общественной экспертизы пользуется необходимыми для ее эффективного проведения правами, установленными законодательством Российской Федерации, регулирующим порядок проведения общественной экспертизы в отдельных сферах общественных отношений, в том числе правом подготавливать по результатам общественной экспертизы итоговый документ (заключение) либо участвовать в подготовке общего итогового документа (общего заключения).

Итоговый документ

- ✓ итоговым документом является заключение,
- ✓ заключение общественного эксперта предоставляется организатору общественной экспертизы,
- ✓ заключение должно содержать
 - выводы о соответствии документа(-ов), в отношении которого проводилась экспертиза, или его (их) отдельных положений законодательству Российской Федерации или выводы о соблюдении или несоблюдении прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций,
 - общественную оценку социальных, экономических, правовых и иных последствий принятия документа(-ов), в отношении которого проводилась экспертиза,
 - предложения и рекомендации по совершенствованию документа(-ов), в отношении которого проводилась экспертиза.
- ✓ выводы о результатах общественной экспертизы должны быть объективными, достоверными и обоснованными.

ФЗ-212, ст. 22, п. 9. Итоговый документ (заключение), подготовленный по результатам общественной экспертизы, должен содержать:

- 1) объективные, достоверные и обоснованные выводы общественных экспертов (экспертной комиссии) о соответствии или несоответствии акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза, или их отдельных положений законодательству Российской Федерации, а также о соблюдении или несоблюдении прав и свобод человека и гражданина, прав и законных интересов общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций;
- 2) общественную оценку социальных, экономических, правовых и иных последствий принятия акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в отношении которых проводилась общественная экспертиза;
- 3) предложения и рекомендации по совершенствованию акта, проекта акта, решения, проекта решения, документа или других материалов, в

отношении которых проводилась общественная экспертиза. ФЗ-212, ст. 23, п. 2. Итоговый документ (заключение), представленный общественным экспертом организатору общественной экспертизы, должен содержать объективные, достоверные и обоснованные выводы о результатах общественной экспертизы.

Требования к распространению итогового документа / результатов

- ✓ заключение направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ заключение размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ФЗ-212, ст. 22, п. 10. Итоговый документ (заключение), подготовленный по результатам общественной экспертизы, направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Положение о консультантах-экспертах

Общественной палаты Российской Федерации

(утверждено решением совета Общественной палаты 15 мая 2008 г. № 4)

Настоящее Положение определяет порядок наделения статусом консультанта-эксперта Общественной палаты Российской Федерации (далее - консультант-эксперт), права и обязанности консультанта-эксперта, а также регулирует вопросы организации их деятельности.

1. Порядок наделения статусом консультанта-эксперта
Общественной палаты Российской Федерации

1.1. Консультантами-экспертами Общественной палаты Российской Федерации (далее - Общественная палата) могут быть представители общественных организаций, активно участвующие в развитии гражданского общества; граждане, ранее осуществлявшие полномочия члена Общественной палаты; представители общественных объединений, допущенные к выборам в Общественную палату, но не избранные в ее состав.

1.2. Решение о наделении статусом консультанта-эксперта принимается советом Общественной палаты по представлению комиссий Общественной палаты.

1.3. Консультант-эксперт осуществляет свою деятельность в период полномочий действующего состава Общественной палаты.

1.4. Консультант-эксперт может досрочно прекратить свою деятельность по личному заявлению, а также по инициативе совета Общественной палаты.

1.5. Численный состав консультантов-экспертов может быть ограничен решением совета Общественной палаты.

2. Права и обязанности консультанта-эксперта

2.1. Консультант-эксперт вправе:

- запрашивать в комиссиях и рабочих группах материалы, необходимые для работы;

- вносить предложения по вопросам организации работы комиссий, рабочих групп, в том числе по проведению общественной экспертизы законопроектов в межкомиссионную рабочую группу по этике, регламенту, межкомиссионную рабочую группу по подготовке экспертных заключений Общественной палаты Российской Федерации по проектам нормативных правовых актов и межкомиссионную рабочую группу по международному сотрудничеству и общественной дипломатии;

- принимать участие в работе комиссий и рабочих групп по приглашению их руководителей;

- принимать участие в мероприятиях Общественной палаты по приглашению их организаторов.

2.2. Консультант-эксперт обязан:

- использовать свои знания, умения, навыки, опыт и возможности для повышения эффективности деятельности Общественной палаты;

- не допускать высказываний, заявлений, обращений от имени Общественной палаты, ее органов, не будучи на то уполномоченным.

3. Организация деятельности консультантов-экспертов

3.1. Консультанты-эксперты осуществляют свою деятельность на общественных началах.

3.2. Консультанты-эксперты осуществляют взаимодействие с советом Общественной палаты, комиссиями и рабочими группами.

3.3. Консультанты-эксперты в своей работе руководствуются Федеральным законом "Об Общественной палате Российской Федерации", Регламентом Общественной палаты Российской Федерации, настоящим Положением.

3.4. Для участия в работе по направлениям деятельности Общественной палаты, а также в целях координации деятельности консультанты-эксперты по решению совета Общественной палаты могут объединяться в экспертные группы (комитеты, советы) Общественной палаты. При этом совет Общественной палаты назначает руководителя соответствующего объединения консультантов-экспертов из числа членов Общественной палаты.

3.5. Предложения консультантов-экспертов носят рекомендательный характер.

3.6. Консультантам-экспертам выдаются удостоверения установленного образца.

Общественное обсуждение

Общественное обсуждение – это используемое в целях общественного контроля публичное обсуждение общественно значимых вопросов, а также проектов решений органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия.

ФЗ-212, ст. 24, п. 1. Под общественным обсуждением в настоящем Федеральном законе понимается используемое в целях общественного

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

Инициатор

- ✓ не определен.

Организатор

- ✓ не определен.

Требования к срокам проведения

- ✓ отсутствуют.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

В общественном обсуждении обязательно участвуют

- ✓ уполномоченные лица указанных органов и организаций, представители граждан и общественных объединений, интересы которых затрагиваются соответствующим решением,
- ✓ представители различных профессиональных и социальных групп, в том числе лица, права и законные интересы которых затрагивает или может затронуть решение, проект которого выносится на общественное обсуждение.

ФЗ-212, ст. 24, п. 1. Под общественным обсуждением в настоящем Федеральном законе понимается используемое в целях общественного контроля публичное обсуждение общественно значимых вопросов, а также проектов решений органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, с обязательным участием в таком обсуждении уполномоченных лиц указанных органов и организаций, представителей граждан и общественных объединений, интересы которых затрагиваются соответствующим решением.

ФЗ-212, ст. 24, п. 2. Общественное обсуждение проводится с привлечением к участию в нем представителей различных профессиональных и социальных групп, в том числе лиц, права и законные интересы которых затрагивает или может затронуть решение, проект которого выносится на общественное обсуждение.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ проводится публично и открыто, участники вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения по вопросам, вынесенным на общественное обсуждение

- ✓ общественное обсуждение может проводиться через средства массовой информации, в том числе через информационно-телекоммуникационную сеть Интернет»,
- ✓ порядок проведения устанавливается организатором,
- ✓ организатор общественного обсуждения заблаговременно обнаруживает информацию о вопросе, выносимом на общественное обсуждение, сроке, порядке его проведения и определения его результатов,
- ✓ организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

ФЗ-212, ст. 24, п. 3. Общественное обсуждение проводится публично и открыто. Участники общественного обсуждения вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения по вопросам, вынесенным на общественное обсуждение. Общественное обсуждение указанных вопросов может проводиться через средства массовой информации, в том числе через информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет".

ФЗ-212, ст. 24, п. 4. Порядок проведения общественного обсуждения устанавливается его организатором в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами. Организатор общественного обсуждения в соответствии с настоящим Федеральным законом заблаговременно обнаруживает информацию о вопросе, выносимом на общественное обсуждение, сроке, порядке его проведения и определения его результатов. При этом организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

Итоговый документ

- ✓ итоговым документом является протокол.

ФЗ-212, ст. 24, п. 5. По результатам общественного обсуждения подготавливается итоговый документ (протокол), который направляется на рассмотрение в органы государственной власти или органы местного самоуправления и обнаруживается в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Требования к распространению итогового документа / результатов

Протокол

- ✓ направляется на рассмотрение в органы государственной власти или органы местного самоуправления,
- ✓ размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 24, п. 5. По результатам общественного обсуждения

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

Общественные (публичные) слушания

Общественные слушания – это собрание граждан для обсуждения

- ✓ вопросов, касающихся деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и имеющих особую общественную значимость,
- ✓ вопросов, затрагивающих права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

Общественные (публичные) слушания проводятся по вопросам государственного и муниципального управления в сферах охраны окружающей среды, градостроительной деятельности, закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд и в других сферах

ФЗ-212, ст. 25, п. 1. Под общественными (публичными) слушаниями в настоящем Федеральном законе понимается собрание граждан, организуемое субъектом общественного контроля, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными и муниципальными организациями, иными органами и организациями, осуществляющими в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, для обсуждения вопросов, касающихся деятельности указанных органов и организаций и имеющих особую общественную значимость либо затрагивающих права и свободы человека и гражданина, права и законные интересы общественных объединений и иных негосударственных некоммерческих организаций.

ФЗ-212, ст. 25, п. 2. Общественные (публичные) слушания проводятся по вопросам государственного и муниципального управления в сферах охраны окружающей среды, градостроительной деятельности, закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд и в других сферах в случаях, установленных федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации, муниципальными нормативными правовыми актами.

Инициатор

- ✓ не определен.

Организатор

- ✓ субъект общественного контроля.

| ФЗ-212, ст. 25, п. 1. Под общественными (публичными) слушаниями в

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

ФЗ-212, ст. 9, п. 1. Субъектами общественного контроля являются:

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

Требования к срокам проведения

- ✓ отсутствуют.

Требования к участникам (помимо членов общественного совета)

- ✓ отсутствуют.

Особенности процедуры проведения (место, предварительное оповещение и т.п.)

- ✓ проводятся в помещении, пригодном для размещения в нем представителей различных групп населения, права и законные интересы которых затрагивают вопросы, вынесенные на общественные (публичные) слушания,
- ✓ доступ в помещение заинтересованных лиц не может быть ограничен организатором,
- ✓ проводятся публично и открыто, участники вправе свободно выражать свое мнение и вносить предложения и замечания по вопросу, вынесенному на общественные слушания,
- ✓ порядок проведения устанавливается организатором,
- ✓ организатор заблаговременно публикует информацию о вопросе, вынесенном на общественные слушания, о дате, времени, месте и порядке их проведения и определения их результатов,
- ✓ организатор обеспечивает всем участникам общественного обсуждения свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, выносимого на общественное обсуждение.

ФЗ-212, ст. 25, п. 3. Общественные (публичные) слушания проводятся в помещении, пригодном для размещения в нем представителей различных групп населения, права и законные интересы которых затрагивают вопросы, вынесенные на общественные (публичные) слушания. Организатор слушаний не вправе ограничить доступ в помещение заинтересованных лиц или их представителей.

ФЗ-212, ст. 25, п. 4. Общественные (публичные) слушания проводятся публично и открыто. Участники общественных (публичных) слушаний вправе свободно высказывать свое мнение и вносить предложения и замечания по вопросу, вынесенному на общественные (публичные) слушания.

ФЗ-212, ст. 25, п. 5. Порядок проведения общественных (публичных) слушаний и определения их результатов устанавливается их организатором в соответствии с законодательством Российской Федерации. Организатор общественных (публичных) слушаний в соответствии с настоящим Федеральным законом заблаговременно обнародует информацию о вопросе, вынесенном на общественные (публичные) слушания, а также о дате, времени, месте и порядке их проведения и определения их результатов. При этом организатор общественных (публичных) слушаний обеспечивает всем их участникам свободный доступ к имеющимся в его распоряжении материалам, касающимся вопроса, вынесенного на общественные (публичные) слушания.

Итоговый документ

- ✓ итоговым документом является протокол,
- ✓ протокол содержит обобщенную информацию о ходе общественных (публичных) слушаний, в том числе о мнениях их участников, поступивших предложениях и заявлениях, об одобренных большинством участников слушаний рекомендациях.

ФЗ-212, ст. 25, п. 6. По результатам общественных (публичных) слушаний их организатор составляет итоговый документ (протокол), содержащий обобщенную информацию о ходе общественных (публичных) слушаний, в том числе о мнениях их участников, поступивших предложениях и заявлениях, об одобренных большинством участников слушаний рекомендациях.

Требования к распространению итогового документа / результатов

Протокол

- ✓ направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия,
- ✓ размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

ФЗ-212, ст. 25, п. 7. Итоговый документ (протокол), подготовленный по результатам общественных (публичных) слушаний, направляется на рассмотрение в органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные и муниципальные организации, иные органы и организации, осуществляющие в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, и обнародуется в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе размещается в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

4.2. Общественные советы в здравоохранении как институт общественного контроля

История формирования системы общественных советов

Общественные советы при министерствах и ведомствах, руководство которыми осуществляет Правительство Российской Федерации, были созданы в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 2005 г. № 481.

Общественные советы при министерствах и ведомствах, которые подчинены непосредственно Президенту Российской Федерации, сформированы на основании его Указа от 4 августа 2006 г. № 842.

Сегодня, в соответствии с ФЗ № 212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации», общественные советы являются одной из двух ключевых структур, имеющих право на осуществление общественного контроля.

Последнее в значительной степени обуславливает современную значимость и направление развитие общественных советов, как площадки взаимодействия общественных организаций и государства, правовой поддержки и деятельности социально ориентированных НКО.

Но перед тем, как перейти к описанию современных функций и практик работы общественных советов и социально ориентированных НКО в их составе, необходимо сказать несколько слов о становлении современной системы советов в Российской Федерации.

Созданные в массовом порядке в 2005-2006 годах и первоначально весьма энергичные действовавшие общественные советы к 2009-2010 годам заметно снизили свою активность и качество работы. Большинство советов, не получивших методической поддержки и ориентиров «сверху» и полномочий «снизу», и не найдя способов конструктивного взаимодействия с «материнскими» органами власти, превратились в фиктивные органы и фактически перестали выполнять роль инструмента гражданского общества по эффективному взаимодействию с государственными структурами.

В этой связи возникла необходимость в анализе деятельности общественных советов, который был проведен Общественной палатой в апреле 2010 года.

Анализ показал, что в ряде министерств общественные советы не были созданы. В некоторых случаях они были сформированы с прямым нарушением действующего законодательства. С 2007 по 2009 год в абсолютном большинстве общественных советов произошло значительное сокращение числа заседаний. Были и такие, где в 2009 году, вообще не состоялось ни одного. Обсуждаемая тематика заседаний не всегда соответствовала масштабу и значимости задач, решаемых министерствами и ведомствами по реализации курса руководства страны на модернизацию и инновационное развитие.

Общественной палатой РФ был поставлен вопрос о необходимости совершенствования независимого экспертного сообщества на базе институтов гражданского общества.

Создание такого сообщества, позволяет обеспечить необходимую концентрацию усилий государства и общества на решении задач по формированию и управлению модернизационными и инновационными процессами, их экспертного сопровождения и контроля за эффективностью реализации, в том числе на коррупционную составляющую.

Учитывая важную роль общественных советов при министерствах и ведомствах в экспертном сообществе, ОП РФ дала поручения по разработке новых принципов их формирования, функционирования и оценки их деятельности.

Во исполнение этих поручений был разработан проект Методики оценки эффективности деятельности общественных советов. В ее основу легли критерии оценки эффективности, предложенные Межкомиссионной рабочей группой Общественной палаты Российской Федерации по вопросам модернизации промышленности и одобренные руководством Палаты.

С утверждением Советом Общественной палаты Российской Федерации Методики оценки деятельности общественных советов в декабре 2010 года было положено начало процессу определения эффективности их деятельности. Это позволило не только оценить работу этих структур, но и усовершенствовать Методику.

В методике применялись критерии, удельный вес которых позволяет стимулировать определенные направления деятельности советов. По мере актуализации тех или иных направлений весовые показатели критериев могут меняться. Это позволило использовать Методику в качестве инструмента тонкой настройки деятельности советов.

Так, в 2011-2012 годах приоритет был отдан участию общественных советов в выработке отраслевых стратегий развития, обеспечению общественного контроля за их реализацией; усилению межотраслевого взаимодействия.

По мере совершенствования деятельности общественных советов стало очевидно, что масштабные модернизационные и инновационные проекты носят, как правило, многоаспектный и межведомственный характер, что требует интеграции усилий при их реализации.

В сфере здравоохранения особо заметной стала работа Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социальной защиты (с 2013 года - Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения). Совет при Росздравнадзоре стал одной из первых общественных структур, попытавшихся охватить единой структурированной работой регионы Российской Федерации. Благодаря количественным и качественным масштабам работы Совет резко выделялся на общем фоне. В 2011 году в его составе действовало более 800 экспертов, проводивших более 300 заседаний в год.

Деятельность совета была особо отмечена в программе оценке Координационного комитета общественных советов. По итогам 2011 года Совет получил почетное 4 место в общероссийском рейтинге советов.

Общественный Совет при Министерстве здравоохранения Российской Федерации в 2010-2012 года себя проявлял слабо. Советы при региональных министерствах были созданы лишь при малом числе советов, были изолированы друг от друга, от возможности влиять на принятие решений и фактически деятельность не вели.

В 2013 году Общественный Совет при Министерстве здравоохранения Российской Федерации был реструктуризирован, его деятельность была активизирована и в значительной степени переориентирована на организацию действительного сотрудничества с профессиональной и пациентской общественностью.

В ходе организации деятельности совета была осознана как актуальная задача создания общероссийской системы общественных советов в сфере здравоохранения. В настоящий момент идет поиск возможностей построения такой системы.

Необходимо особо отметить формирование в 2011 году и последующую активную деятельность Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздравсоцразвития РФ, а позднее и при Минздраве России.

Эффективность такой работы привела к идее формирования подобных советов в регионах Российской Федерации. Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова обратилась к органам исполнительной власти регионов РФ с инициативой по созданию советов, которые должны осуществлять работу по таким направлениям как: обсуждение вопросов реализации действующих норм в сфере здравоохранения; вопросы соблюдения прав пациента при оказании медицинской помощи в учреждениях соответствующего региона; вопросы доступности и качества медицинской помощи; вопросы реализации программ льготного лекарственного обеспечения; вопросы реабилитации и санаторно-курортного лечения; обсуждение поступающих от граждан жалоб и обращений; общественное обсуждение проектов региональных нормативных документов, программ и других проектов в сфере здравоохранения; обсуждение вопросов совершенствования системы контроля качества оказания медицинской помощи в регионе; обсуждение вопросов совершенствования контроля качества правовых документов регионального и федерального уровня в сфере здравоохранения.

Нам видится, что деятельность советов должна формироваться в общенациональном масштабе, это позволит скоординировать их работу и получать обобщенную информацию о наиболее значимых проблемах, волнующих пациентов.

Министерство здравоохранения России целенаправленно сформировало и организовало деятельность Общественного Совета и Совета общественных организаций по защите прав пациентов как экспертных и совещательных структур взаимно дополняющих друг друга и позволяющих повысить эффективность работы самого ведомства.

С 2014 года с принятием Федерального закона от 21.07.2014 №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» деятельность общественных советов получила новый импульс к развитию. Советы наравне с общественными палатами стали основными субъектами, имеющими право на осуществление общественного контроля сферы государственного управления.

Рост значимости общественных советов вызвал определенную дискуссию о новых ориентирах в их работе, целях и задачах деятельности, способах формирования состава.

Так, представители Общественной палаты Российской Федерации полагают, что общественные советы должны находится под контролем ОПРФ (должны формироваться по рекомендации ОПРФ, согласовывать свои регламенты с ОПРФ, отчитываться перед ОПРФ) и должны быть ориентированы в первую очередь на контроль работы органов власти, при которых созданы.

Для реализации такой концепции ее инициаторами были разработаны два стандарта деятельности общественных советов (Стандарт деятельности общественных советов при федеральных органах исполнительной власти. Утвержден протоколом заседания Правительственной комиссии по координации деятельности открытого правительства от 29 мая 2014 г., Стандарт деятельности общественного совета при федеральном органе исполнительной власти. Утвержден протоколом заочного голосования Правительственной комиссии по координации деятельности открытого правительства от 24 июня 2015 г.)

Но есть и другая точка зрения. Необходимость комплектования советов по рекомендации общественной палаты и постановка советов под фактический контроль ОПРФ вызывает значительные сомнения.

Практики – участники действующих советов, например, в сфере здравоохранения, представители Всероссийского союза пациентов и других некоммерческих объединений – полагают, что работа Общественных советов должна быть направлена, в первую очередь, на поддержку органов власти, увеличение их возможностей и качества управления за счет привлечения в их распоряжение дополнительных общественных ресурсов – по мониторингу ситуации, выявлению проблем и достижений, привлечение внимания на нарушение прав и/или неадекватность существующих норм и стандартов, организацию двустороннего оперативного информирования, разрешение конфликтных ситуаций, снижение потока жалоб в государственные органы, снятие напряжения, выработку способов разрешения проблем, реализации общественного контроля не просто внутри ведомств, но более широко – в управляемой сфере вообще.

В привлечении дополнительных ресурсов и для предотвращения превращения советов в новую ступень бюрократической формальной процедуры принятия решений заинтересованы и органы власти. Особенно те, кто на практике почувствовал возможность конструктивного и взаимовыгодного взаимодействия с общественностью посредством советов.

В результате в настоящее время нет единого понимания места и роли общественных советов, порядка их комплектования и организации работы. Полномочность уже принятых Правительственной комиссией по координации деятельности открытого правительства Стандарт деятельности общественных советов представляется сомнительной. На практике предложенные стандарты реализуются лишь некоторой частью советов – как на федеральном, так и на региональном уровне.

Современное состояние сети общественных советов в здравоохранении

Сегодня в сфере здравоохранения действуют советы при Росздравнадзоре (единый общероссийский совет, действует на федеральном уровне и при региональных территориальных управлениях), при Министерстве здравоохранения РФ, при региональных органах управления здравоохранением (здесь может быть несколько советов – общий и по отдельным направлениям. Региональные советы не подчинены федеральному и практически не контактируют на межрегиональном уровне).

Всего по данным Росздравнадзора, Министерства здравоохранения РФ. Всероссийского союза пациентов в 2015 году было известно о работе 102 общественных советов, представляющих права пациентов в Российской Федерации (50 при Росздравнадзоре, 52 при министерствах здравоохранения).

При этом, несмотря на сходный функционал, советы имеют некоторые различия в наименованиях, даже внутри выделенных по ведомственной принадлежности двух видов.

Так, советы при Территориальных органах Росздравнадзора, являющиеся частью Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, называются по единому образцу «Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по [наименование субъекта РФ]».

А общественные советы, действующие при органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, осуществляющие сходную деятельность для решения сходных целей и задач, но самостоятельные относительно друг друга и федерального центра, имеют различные наименования.

Большая часть советов из данной группы называются единообразно - «Совет общественных организаций по защите прав пациентов при [орган государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]» (32 совета). И еще 2 совета называются «Общественный совет по защите прав пациентов при [орган государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]». Следующим по распространенности названием является «Общественный совет при [орган государственной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]» (12 советов). Еще 6 советов имеют различные неповторяющиеся наименования: от «Общественного совета по вопросам развития здравоохранения при Департаменте здравоохранения Курганской области» до «Совета общественных организаций по проведению независимой оценки качества работы государственных учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения при Минздраве Республики Дагестан».

В 102 общественных советах (ОС), представляющих при государственных органах власти интересы пациентов в регионах Российской Федерации, на начало 2015 года состояли 1453 эксперта.

Советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ обычно чуть более многочисленны по составу по сравнению с Общественными советами при территориальных органах Росздравнадзора. В 2014 году в 52 советах при органах управления здравоохранения субъектов РФ состояло 849 человек, а в 50 общественных советах при Росздравнадзоре – 604 человека. В среднем на один совет при региональном органе управления здравоохранением приходится 16 человек, а на один совет при ТО Росздравнадзора – 12 человек.

Из 102 общественных советов лишь в 12 имеются какие-либо комиссии, рабочие группы или другие подструктуры. То есть в 88% советов нет какой-либо внутренней организационной структуры, фокусирующей их деятельность на определенных вопросах, закрепляющей сферы ответственности внутри организации, что не способствует активизации работы совета и снижает вероятность достижения конструктивных результатов.

Наиболее многочисленными группами в общественных советах являются представители пациентских НКО. При этом доля пациентских НКО в целом выше в советах при Росздравнадзоре, а общее число вовлеченных выше в советах при региональных органах управления здравоохранения. Лидером по числу пациентских НКО среди советов при Росздравнадзоре в 2014 году был Совет из Калининградской области (8 НКО), а среди советов по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ - Общественный совет при Министерстве здравоохранения Архангельской области (22 НКО).

Чаще других социальных групп активность в работе всех общественных советов с заметным отрывом проявляют представители пациентских организаций. Второе место твердо удерживают представители врачебного сообщества. На третьем месте по активности стоят представители органов власти, при которых действуют советы. Далее с небольшими различиями следуют представители профессиональных ассоциаций, действующих в сфере здравоохранения и журналисты.

Примечательно, что активность общественных деятелей не пациентского толка, особенно заметно представленная в советах при региональных органах управления здравоохранения, относительно невысока. Также с невысокой степенью активности действуют в советах представители иных органов власти, что объяснимо «непрофильностью» значительной части вопросов, обсуждаемых советами. Наименьшую активность проявляют в обоих видах советов

представители научно-педагогической медицинской общественности и представители страховых организаций.

По данным Министерства здравоохранения РФ и Росздравнадзора известно, что в 2014 году всего состоялось 381 заседание с общим числом участников в 4440 человек. Общественные советы при Территориальных органах Росздравнадзора в 2014 году собирались на заседания чуть чаще, чем советы по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ. Советы провели 194 и 187 заседаний, соответственно. Или по 3,9 и 3,6 раза в год на один совет в среднем.

Повышенное внимание в 2014 – 2015 года все советы уделяли вопросам обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению региона и лекарственному обеспечению жителей региона (в том числе льготных категорий граждан).

В то же время можно выделить и отличительные особенности в тематике вопросов, выносимых на обсуждение:

- Советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ уделяли достаточно большое внимание проблемам оценки деятельности лечебных учреждений, ситуации в сфере здравоохранения в регионе, обеспечению государственных гарантий в сфере оказания медицинской и социальной помощи населению. Советы при Росздравнадзоре эту тему в отчетах практически не упоминают.
- Советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ в большей мере заинтересованы в обсуждении проблем, связанных с организацией общественного и государственного контроля в сфере здравоохранения. Советы при Росздравнадзоре полагают тему важной, однако провели по ней на порядок меньшее число заседаний;
- Кроме того, советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ чаще своих коллег из Общественных советов при Росздравнадзоре поднимали вопрос о взаимодействии с институтами гражданского общества;
- Общественные советы при Территориальных органах Росздравнадзора в большей степени волнуют вопросы защиты прав пациентов. Так же здесь большее число заседаний (5 против 1) затрагивали вопросы пропаганды здорового образа жизни.

Советы активно обсуждали различные внутренние организационные вопросы, подводили итоги своей деятельности, утверждали планы на будущее.

Приоритетными направлениями в работе советов в последние годы являются вопросы повышения качества и доступности медицинских услуг в регионе и лекарственное обеспечение.

При этом советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ особо выделяют тему оценки лечебных учреждений, политики в сфере здравоохранения региона, отсутствующую в повестке работы советов при Росздравнадзоре.

Несмотря на значительную разницу в ресурсах органов власти, при которых действовали советы, активность двух видов советов – при ТО Росздравнадзора и региональных органах управления здравоохранения – вполне сопоставима по формам и масштабам.

Так, большинство Советов обоих видов использовали, в первую очередь, такие традиционные виды работы, как заседания, обсуждения, доклады с частотой, как правило, 1 раз в квартал. Общественные советы достаточно часто проводят круглые столы, конференции, семинары, и организуют работу с жалобами граждан, проведение выездных мероприятий - рассмотрение вопроса на месте, проведение социологических исследований, инициирование различного рода проверок (советы при минздравах), запросы и обращения Совета в органы государственной власти, экспертиза качества медицинской помощи в медицинских организациях, прием, консультации граждан.

К сожалению, довольно редко советы ведут целенаправленную работу со СМИ (рассылка пресс-релизов, размещение в СМИ информации о деятельности, приглашение журналистов на заседания и т.п.), мало изготавливают и распространяют материалов, не слишком активно ведут информационную, консультационную работу в интернете. Также, очевидно, должна быть повышена активность советов в деловой переписке с органами власти.

Основными достижениями советов, по мнению их участников, является повышение качества и доступности медицинской помощи в целом, участие в развитии гражданского общества, улучшения в сфере лекарственного обеспечения, налаживание взаимодействия с органами власти, повышение уровня информированности населения о деятельности Совета, координация деятельности в сфере здравоохранения между основными участниками (взаимодействие с органами власти, НКО, с управлениями Росздравнадзора, страховыми компаниями и др.), защита прав пациентов, помощь конкретным людям, активизация деятельности самого Совета, решение организационных вопросов, законодательская деятельность ОС (в том числе внесение изменений в региональные законы, подготовка проекта закона и др.).

Сложнейшие для преодоления барьеры – это неопределенность места советов в системе принятия решений, недостаточность полномочий, малая активность структур гражданского общества, отсутствие единой методологии работы, нехватка времени, знаний у участников советов – общественников.

4.3. Система участия Всероссийского союза пациентов в общественном контроле как мера правовой поддержки пациентов и НКО

Модель участия Всероссийского союза пациентов в Общественном контроле здравоохранения

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

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

В соответствии с Федеральным законом №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» от 21 июля 2014 г. контроль должен реализовываться на уровне регионов и муниципалитетов Российской Федерации силами Общественных палат и Общественных советов при активном участии граждан и общественных объединений.

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

В связи вышесказанным, одним из основных направлений деятельности Всероссийского союза пациентов (ВСП) является систематическое участие в общественном контроле здравоохранения.

Основные задачи системы участия ВСП в общественном контроле:

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

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

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

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

Для участия в общественном контроле в сфере здравоохранения на федеральном уровне Всероссийский союз пациентов обеспечивает методическую, организационную, аналитическую и представительскую поддержку процессов контроля. Для этого ВСП:

1. В текущем режиме разрабатывает и согласовывает с органами федеральной власти целеполагание, методику и средства общественного контроля; обучает их применению региональные группы экспертов общественного контроля посредством предоставления общего описания

модели работы, методических и информационных материалов, проведения дистанционного и очного обучения экспертов; ставит задачи на деятельность и предоставление отчетности по общественному контролю.

2. В текущем режиме осуществляет консультирование региональных экспертов общественного контроля относительно способов и средств решения задач общественного контроля, процессов предоставления отчетности, (через персональное скайп консультирование, персональные письменные ответы, ведение специализированного форума и публикации на сайте ВСП, программы обучения). Осуществляет поддержку региональных организаторов в решении проблем через информирование компетентных федеральных органов власти, стимулирование их участия в разрешении проблем, проведение в регионах мероприятий с участием представителей органов власти и экспертного сообщества федерального уровня.
3. Организует общероссийские исследования общественного контроля (изучает явления, процессы, общественное и экспертное мнения; анализирует деятельность НКО, общественных советов, иных участников общественного контроля) Готовит общероссийские отчеты по общественному контролю.
4. Предоставляет общероссийские отчеты по общественному контролю региональным организаторам общественного контроля. Представляет результаты общественного контроля на федеральном уровне: органам власти, общественно-государственным и общественным структурам, экспертной и широкой общественности, СМИ.
5. В текущем режиме осуществляет консультирование региональных организаторов общественного контроля относительно способов преодоления выявленных в регионах проблем (через консультирование по телефонам горячей линии ВСП, консультирование на сайте ВСП, персональное консультирование по запросам, проведение он-лайн и очных образовательных мероприятий, ведение специализированного форума на сайте ВСП, публикацию статей и материалов на сайте ВСП), а так же через организацию действий федеральных общественных советов и органов власти и проведение в регионах мероприятий с участием федеральных экспертов и представителей органов власти.

Для организации Общественного контроля на уровне субъектов РФ региональные группы и представительства ВСП:

1. Получают во Всероссийском союзе пациентов методические и информационные материалы общественного контроля, проходят очное и дистанционное обучение, запрашивают и получают текущие консультации. Участвуют в общероссийских волнах сбора информации по общественному контролю, организуемых ВСП.
2. Содействуют созданию и активизации Совета общественных организаций по защите прав пациентов при исполнительном органе власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан и Общественного совета по защите прав пациентов при территориальном управлении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, входят в их состав.
3. Активизируют текущую деятельность советов в сфере общественного контроля: содействуют включению советами в деятельность задач

- контроля, принятию регламентов контроля (на основании проекта регламента контроля Совета при Росздравнадзоре), стимулируют проведение советом общественного контроля.
4. Организуют текущий общественный контроль в своей тематической сфере (в соответствии с проектом регламента контроля Совета при Росздравнадзоре): собирают информацию, анализируют и выявляют проблемы, представляют проблемы Советам, участвуют в работе совета по проблемам, участвуют в принятии советами решений и организационных выводов.
 5. Участвуют в обмене информацией внутри системы общественного контроля ВСП: участвуют в работе сайта и форума ВСП на www.patients.ru, предоставляют материалы о ходе и результатах общественного контроля и работы советов. Запрашивают и получают консультации ВСП. Ведут консультирование коллег. Участвуют в дистанционных и очных образовательных, проектировочных и дискуссионных мероприятиях ВСП.
 6. Участвуют в подготовке отчетов общественных советов по запросам Министерства здравоохранения Российской Федерации и Росздравнадзора (в настоящее время предполагается предоставление плановой отчетности советами по итогам года, до 25 декабря). Предоставляют информацию по текущим запросам ВСП, федеральных и региональных органов власти.

Техническое задание региональной группе ВСП по участию в Общественном контроле здравоохранения

1. Ознакомиться с пакетом методических материалов Всероссийского союза пациентов по участию в общественном контроле здравоохранения» (запросить пакет №1 в ВСП).
2. Прислать на почту pat@patients.ru заполненную «Карточку контактов» (Приложение № 14 к пакету методических материалов №1) со своими контактами и с контактами ваших партнеров, желающих участвовать в организации системы общественного контроля в здравоохранении для включения вас в рассылки материалов Всероссийского союза пациентов (ВСП).
3. Войти в состав Общественного совета по защите прав пациентов при государственном органе управления здравоохранением субъекта РФ. При отсутствии совета – инициировать его создание (см. в методическом пакете раздел «Алгоритм создания региональных общественных советов»).
4. Войти в состав Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения. При фактическом отсутствии совета – инициировать его запуск его работы см. «Алгоритм создания региональных общественных советов»).
5. Активизировать работу совета:
 - 5.1. Использовать в качестве образцов регламенты федеральных советов.
 - 5.2. Руководствоваться методическими рекомендациями и информационными материалами Всероссийского союза пациентов.
 - 5.3. Создать паспорт совета (адрес, телефон, емейл, приемные часы, состав членов)
 - 5.4. Создать план работы совета на год и добиться его официального утверждения Советом.

- 5.5. Разместить информацию о работе совета (паспорт, план работы) на странице совета на сайте Росздравнадзора или регионального МЗ.
- 5.6. Разместить информацию о работе совета (паспорт, план работы) на собственном сайте совета (если такой сайт есть).
- 5.7. Предлагать Совету проведение различных мероприятий: прием жалоб и обращений, проведение различных пресс-мероприятий, горячих линий, социологических опросов, круглых столов, семинаров, школ, конференций, выездных заседаний, межсекторных заседаний, подготовку аналитических записок, экспертиз, инициирование проверок и направление запросов, проверок методом «Тайный пациент», создание собственных интернет ресурсов, подготовку и издание материалов, участие в грантовых проектах, участие в мероприятиях партнеров и т.д., и т.п.
- 5.8. Предлагать вопросы в повестку заседаний. Рекомендованные вопросы к обсуждению на заседании Совета:
 - Реализация федеральных и региональных программ льготного лекарственного обеспечения (рассмотрение конкретных жалоб и обращений);
 - Вопросы доступности и качества оказываемой медицинской помощи;
 - Вопросы навязывания платных медицинских услуг;
 - Вопросы организации реабилитации и санаторно-курортного лечения
- 5.9. Организовать взаимодействие с внешними партнерами путем участия в мероприятиях друг друга.
- 5.10. Провести в течении года не менее 4 х заседаний каждого из советов.
- 5.11. В текущем режиме информировать общественность о ходе работы совета: через размещение информации на сайте совета, информационные рассылки и целевые письма.
- 5.12. В текущем режиме присылать информацию на почту sovetrzn@yandex.ru для наполнения сайта и форума советов www.patients.ru.
6. Инициировать в советах работу по общественному контролю в сфере здравоохранения в соответствии с проектом регламента исполнения общественным советом по защите прав пациентов при Росздравнадзоре функции по общественному контролю:
 - 6.1. провести заседание по теме - формирование системы общественного контроля в сфере здравоохранения, роль обществ пациентов.
 - 6.2. создать комиссию или рабочую группу Совета по вопросам осуществления общественного контроля (зафиксировать данное решение в протоколе).
 - 6.3. организовать текущую работу по выявлению проблем пациентов, врачей, системы здравоохранения, разделению проблем на индивидуальные и системные, работу совета с проблемами в соответствии с Регламентом исполнения общественным советом по защите прав пациентов при Росздравнадзоре функции по общественному контролю.
7. Координировать деятельность Общественных советов
 - 7.1. Координировать деятельность региональных советов при Минздраве и при Росздравнадзоре.

- 7.2. Координировать деятельность региональных советов с федеральными советами при соответствующих структурах.
- 7.3. Участвовать в системе обмена информацией между советами, организуемой Всероссийским союзом пациентов на сайте www.patients.ru
8. Сформировать коалицию пациентских НКО вашего региона:
 - 8.1. Найти координаты пациентских НКО вашего региона (источники – интернет, МЗ, главные специалисты, ВСП, общественные советы, общественная палата).
 - 8.2. Провести совместную встречу, организовать коалицию в виде филиала ВСП (без образования юридического лица) (типовой протокол прилагается).
 - 8.3. На встрече сформировать план работы и общие вопросы, которые необходимо вынести на заседание Совета при МЗ региона и Совета при РЗН региона.
 - 8.4. Выслать на электронную почту ВСП pat@patients.ru копию протокола и плана работы коалиции.
 - 8.5. Проводить встречи на постоянной основе.
9. Участвовать в работе интернет портала www.patients.ru
 - 9.1. Посещать сайт не реже 1 раза в неделю
 - 9.2. Участвовать в работе форума для советов и пациентских НКО
 - 9.3. Не реже чем 1 раз в квартал присылать от имени совета и/или члена новости о работе в вашем регионе на электронную почту ВСП pat@patients.ru.
 - 9.4. Присылать материалы работы совета: результаты исследований, доклады и т.п.
 - 9.5. Участвовать в вебинарах на сайте ВСП.
 - 9.6. Запрашивать и получать консультации ВСП.
10. Принимать участие в образовательных мероприятиях ВСП.
 - 10.1. Участвовать в региональных и межрегиональных семинарах ВСП.
 - 10.2. Участвовать в школах, проводимых ВСП для НКО
11. Вести отчетность.
 - 11.1. Участвовать в подготовке ежегодной отчетности Советов - от каждого регионального совета готовится одна анкета от имени Председателя совета (Приложение 15). Отчеты высылаются до 25 декабря. От имени совета при Росздравнадзоре – на почту sovetrzn@yandex.ru, от совета при региональном органе управления здравоохранением - на почту sovetmzrf@yandex.ru.
 - 11.2. Предоставлять информацию в ВСП по запросам (в связи с исследованиями и другими волнами сбора информации ВСП).
12. Использовать в работе материалы общероссийских отчетов ВСП по общественному контролю. Предоставлять их внешним партнерам от себя, как от представителя ВСП.

Алгоритм создания региональных общественных советов по защите прав пациентов

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

- 2.3. Если вы не включены в состав совета по причине того, что число его участников не может быть увеличено, выясните срок ротации членов совета и обратитесь с просьбой включить вас в состав совета во время ротации, а до тех пор просите включить вас в качестве ассоциированного члена и/или приглашать вас на заседания совета в качестве участника, эксперта, наблюдателя. Запросите в совете, где именно можно получить информацию о его составе, плане работы, новых заседаниях, результатах заседаний. Транслируйте полученные официальные ответы по электронной почте в секретариат Совета (sovetrzn@yandex.ru) на имя председателя Совета Власова Я.В. Так же к Председателю Совета вы можете обратиться для получения рекомендательных писем и разрешения конфликтных ситуаций, связанных с не включением вас в состав совета, бездейтельностью совета.
3. Для создания общественного совета при региональном органе управления здравоохранением.
 - 3.1. Связаться с коллегами из других обществ пациентов в регионе и договориться о совместной работе по созданию совета. Желательно провести общую встречу, на которой договориться о совместных действиях, распределении обязанностей и общей координации работы. Собрать контактные данные представителей пациентских НКО, желающих принять участие в совете.
 - 3.2. Подготовить совместное письмо с просьбой о создании Общественного совета по защите прав пациентов при региональном органе управления здравоохранением. В письме опираться на Приказ Министерства здравоохранения РФ № 437 от 23.10.12 г. «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации», Письмо Министерства здравоохранения РФ 60-0/10/2-2146 от 27.03.2013 о создании советов при органах государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, Письмо Министерства здравоохранения РФ 21-05/10/2-8641 от 20.11.2013 с Рекомендациями по созданию и деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов в субъектах РФ (Приложения 4-7). Подписать письмо могут любые пациентские организации. Внести всех подписантов и их координаты, поставить подписи.
 - 3.3. Сделать несколько копий письма, отправить письмо заказным с уведомлением о вручении или сдать в канцелярию администрации губернатора (на копии должны расписаться или поставить штамп).
 - 3.4. Через несколько дней узнать входящий номер письма в администрации губернатора и ответственное за это письмо должностное лицо.
 - 3.5. Провести встречу с вице-губернатором или с другим ответственным за этот вопрос лицом. Предварительно необходимо определить, в каком составе вы пойдете на встречу (можно идти и всем коллективом организаций, тогда это будет уже совещание). На встрече просить поддержать инициативу, при положительном отношении администрации необходимо договориться о разработке Положения о Совете, сроках и порядке формирования Совета. Если администрация губернатора все перешлет в региональный орган здравоохранения и встречу назначат там – соглашаться, т.к. Совет в любом случае будет при этом ведомстве.

- 3.6. В случае если Совет уже есть, нужно настаивать на том, чтобы представители общероссийских и межрегиональных организаций вошли в Совет. Провести встречу с руководителем органа власти, при котором действует совет. Для формального обеспечения процесса – направить руководителю органа власти письмо с просьбой включить вас, как представителя НКО, которая занимается социально значимой проблемой и представляет конкретную и значимую социальную группу, в состав совета. Получить письменный ответ на письмо в течении 30 дней. В случае отказа – требовать письменного указания причин.
- 3.7. В случае отказа в создании Совета или включения в него представителей ваших организаций сообщить об этом факте руководству соответствующей общероссийской пациентской организации, для последующего обсуждения в МЗ РФ. При этом необходимо письменно изложить факты отказа в содействии, кто именно из представителей власти отказал, приложить письмо с отказом.

Рекомендации активистам общественных советов

В данном разделе мы, обращаясь к перечню актуальных проблем советов, составленному их участниками, постараемся дать практические рекомендации по оптимизации работы общественных советов в сфере здравоохранения в регионах Российской Федерации.

Данные рекомендации основываются на опыте участников общественных советов и руководителей организаций пациентов Всероссийского союза пациентов. Рекомендации не являются исчерпывающими и окончательными. Составители настоящего сборника рассматривают их скорее, как основу для дальнейшего обсуждения способов развития общественных советов в сфере здравоохранения, которое предлагает развернуть ВСП.

Недостаточное число пациентских организаций в составе советов. Не желание НКО участвовать в совете. Пассивность в совете. Не готовность взаимодействовать. Низкая правовая подготовка членов советов.

Практика показывает, что оптимально совет по защите прав пациентов должен в основном состоять из представителей пациентских организаций. Рекомендуемая ВСП доля представителей пациентских организаций в совете должна составлять не менее 50%. От одной организации в совете должен состоять один представитель. В разных советах одну организацию может представлять один и тот же человек. Организации должны состоять в дружеском взаимодействии: понимать цели и задачи организаций, основные их проблемы, знать о специфике друг друга. Взаимодействие может быть неформальным, а может быть оформлено соглашениями как коалиция (методические документы о технологии коалиций можно найти в интернете, на сайте ВСП или запросить в информационной службе ВСП). Важно, чтобы организации поддерживали друг друга в совете.

Распространено мнение, что пациентских организаций крайне мало и не во всех регионах они есть. Практика ВСП показывает, что в большинстве регионов Российской Федерации реально действуют не менее чем по 15-20 организаций пациентов. Способы поиска: личные контакты, рекомендации специалистов, интернет-поиск, поиск через справочники, данные минюста, поиск представительств крупнейших общероссийских НКО (ВОИ, ВОС, ВОГ, ВСП и т.п.), обращение в ВСП. При отсутствии организации, но наличии готового работать активиста (поиск активистов также возможен через общероссийские

организации ВСП) можно оформить человека в совет как представителя всероссийской НКО в регионе.

Активность НКО, как правило, тесно связана с уровнем развития организации и степенью подготовленности ее активистов. Чем менее развита и самостоятельна организация, тем уже ее цели, менее публична ее деятельность, тем менее она стремится к партнерству. Характерно, что чем более закрыта и менее публично активна организация, тем больший дефицит ресурсов она испытывает и тем более негативно и радикально она настроена. И наоборот, чем больше у организации опыта, чем больше ее активисты понимают принципы развития НКО и решения вопросов в интересах пациентов, тем более организация стремится к публичной деятельности, встраиванию в легитимные процессы принятия и исполнения решений, к привлечению максимального числа внешних партнеров, извлечению различных выгод и синергетических эффектов от взаимодействия. В общем, чем более организация развита и успешна, тем более она открыта для взаимодействия. Что важно – это правило действует и в обратную сторону.

Мы продолжаем настаивать на том, что целью активистов общественной организации должно быть не взваливание на себя решения всех проблем пациентов, а запуск и организация социального процесса решения этих проблем. То есть для любой пациентской организации возможным и необходимым является создание такой ситуации, когда множество социальных партнеров, вкладывая свои ресурсы и реализуя свои цели, решают проблемы пациентов при координирующей роли НКО. Такая уникальная возможность обусловлена тем, что пациентские НКО решают социально-значимые задачи, в достижении которых заинтересован широкий спектр различных субъектов – граждан, представителей власти, врачебного сообщества, бизнеса, благотворителей, волонтеров, журналистов, различных экспертных сообществ и т.п.

Для того чтобы этого достичь, необходимо определить цели организации (кто целевая группа, в чем ее потребности, как их удовлетворить, кто может это сделать, что необходимо предпринять, чтобы это было сделано), определить круг партнеров организации (каков круг участников процесса, в чем их интересы, как эти интересы можно объединить и удовлетворить за счет совместной деятельности) и, наметив план деятельности, перейти к организации социального процесса – запуску совместной с партнерами деятельности по удовлетворению общих интересов.

Например: если НКО необходимо провести интересную школу пациентов, ей не нужно тратить на это собственные средства. Ей стоит найти государственный орган, готовый предоставить помещение; специалистов, заинтересованных в выступлении перед уникальной целевой аудиторией; компании, желающие распространить информацию о себе; волонтеров, заинтересованных в оказании помощи нуждающимся; творческий коллектив, желающий выступить; чиновников и политиков, заинтересованных в отчетности и публичности; пациентов и их родственников, готовых включиться в процесс; журналистов, заинтересованных в информационном поводе; партнерские НКО, заинтересованные в заимствовании опыта; благотворителей, готовых предоставить помощь, и т.д., и т.п. В результате такого поиска (а здесь перечислены далеко не все возможности) НКО может получить не только все необходимые для мероприятия ресурсы, но и новые идеи, известность, неожиданные контакты и предложения, выводящие ее деятельность на новый уровень.

Основной ресурс НКО – социальный. Он лежит вне организации. Это важность ее проблемы, количество представляемых ею людей, ее известность и имидж, это широкий круг потенциальных партнеров и умение с ними договориться.

Общественные советы привлекательны для тех НКО, которые осознают выгоды партнерства и видят в советах инструмент своего развития и усиления. Но более всех вовлекаются в деятельность советов организации, которые в ходе своего развития осознали, что оптимальным способом помощи пациентам является системный подход: устранение базовых, системных причин их проблем. И для решения этих вопросов необходимо встраиваться в государственную систему сбора информации, анализа, принятия решений и контроля их исполнения.

В связи с вышесказанным, мы полагаем, что важнейшей задачей активистов НКО является профессиональное саморазвитие как менеджеров некоммерческой сферы и развитие своих организаций как катализаторов социальных процессов.

Для этого необходимо заниматься самообразованием, обменом опытом. Активистам НКО необходимо самостоятельно изыскивать возможности обучения (в интернете существует огромное количество материалов и интерактивных ресурсов для НКО; кроме того, различные возможности обучения предоставляются в регионах ресурсными центрами, некоммерческими, бизнес, государственными и муниципальными структурами), участвовать в системе обучения и обмена опытом ВСП (сайт, форум, консультации, вебинары, тренинги), а также распространять материалы ВСП. Чем больше организаций и активистов вы вовлечете в обучение, тем больше помощников и партнеров у вас будет. Находите в регионах активистов, организации и сообщества пациентов, вовлекайте их в общую работу ВСП.

Если говорить о развитии конкретных технологий и навыков взаимодействия, то, существует целый ряд методик, которые могут вам помочь – установления партнерских отношений, управления командой, групповых способов работы, создания некоммерческих коалиций, оценки собеседника, переговоров, активного слушания и т.д., и т.п. Данные материалы вы можете либо найти в сети интернет, либо запрашивать в ВСП, например, в виде вебинаров. Сбор материалов и обсуждение методик возможно организовать на форуме ВСП.

Кроме того, помните о возможности привлечения внешних ресурсов. Если вам нужны профессиональные заключения, консультации, выступления, обращайтесь к экспертам. Касательно правовых вопросов - в гражданской сфере существует большое количество общественных юристов, бесплатных консультаций. В сфере здравоохранения в целом, в ваших советах, среди ваших партнеров имеется значительное число экспертов, которые не откажут вам в консультации и помощи.

Совет существует только на бумаге. Воспринимается как формальный орган. Отсутствие реальной деятельности, имитация. Формальное обсуждение вопросов, формальные решения.

Это тяжелая и, к сожалению, распространенная ситуация. Тем не менее, общественные советы являются необходимым инструментом для решения системных проблем пациентов. Без взаимодействия с органами власти решение проблем невозможно. А советы – это основная сегодня площадка официального взаимодействия общественности с органами власти.

Органы власти стимулированы к организации работы данной площадки требованиями федеральных органов власти. По линии Росздравнадзора создание советов при всех территориальных органах службы является прямым руководящим требованием. Соответственно, в регионе можно прямо требовать создания и активизации совета. По поводу невыполнения данных требований можно обращаться к председателю Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре – Власову Я.В. и к руководству Службы. Создание советов при

региональных органах управления здравоохранением рекомендовано федеральными НПА и, в частности, документами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Здесь общественные активисты имеют значительные возможности по созданию и направлению деятельности общественных советов (в том числе специализированных советов общественных организаций по защите прав пациентов).

Создание советов, запуск реальной деятельности требуют реализации базовых требований:

1. Обеспечения в составе совета значительной доли (рекомендуемая доля не менее 50%) представителей пациентской общественности.
2. Включение в состав совета представителей системы здравоохранения с высоким статусом и лояльных к перспективам взаимодействия с пациентским сообществом.
3. Принятие советом пакета регламентирующих документов.
4. Обеспечение мотивации НКО к участию в работе совета, к взаимодействию в совете с партнерами, создание коалиции НКО.
5. Организация текущей работы совета на основе рекомендуемых практиками технологий общественно-государственного взаимодействия.

Алгоритм создания общественных советов и введения в них новых членов описан в первом выпуске настоящего сборника. Его можно скачать на сайте или запросить в ВСП.

Образцами руководящих документов совета являются пакеты регламентов Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре и Совета общественных организаций при Министерстве здравоохранения РФ. Документы можно найти на сайтах ведомств и ВСП.

Технологиям организации работы совета посвящен настоящий сборник. Для освоения методов работы рекомендуем изучить материалы ВСП. Возможности участия будут описаны далее.

Важнейшими практическими моментами в организации текущей деятельности общественных советов мы полагаем активизацию НКО - участников совета, наполнение плана работы совета вопросами, ориентированными на пациентское сообщество, организацию взаимовыгодного партнерства с контрагентами на базе совета, технологичное построение повестки работы совета с использованием приведенных ниже алгоритмов – внесения вопросов, проведения заседаний, организация работы совета «на результат» с принятием реалистичных решений и обязательным контролем их исполнения.

В целом, необходимо отметить, что в качественной работе общественных советов в первую очередь заинтересованы пациентские организации. Поэтому для запуска советов нужны, в первую очередь, усилия активистов общественных организаций.

Излишне высокая активность чиновников в совете, «ведомость» совета. Чиновники формируют повестку заседаний общественного совета. НКО не могут правильно сформулировать повестку и добиться ее исполнения. Нарушаются регламенты. Несоблюдение повестки. Нет контроля за исполнением решений. Поэтому работа формальна. Нет ориентации на получение результата. Неверие в результативность.

Очевидно, что различные группы могут преследовать в совете (и в целом во взаимодействии с общественностью) различные цели. Представители органов власти могут быть заинтересованы в выполнении регламентов, обязывающих их

работать с общественностью, в формировании отчетности, в получении общественной поддержки, получении информации, в разрешении конфликтов и повышении удовлетворенности пациентов; медицинские специалисты часто заинтересованы в том, что бы защитить права коллег, обратить внимание на профессиональные проблемы, заручиться помощью общественности и власти, повысить личный статус, реализовать потребности в развитии; коллеги из других ведомств нуждаются в разъяснении ситуаций, справках, участии в решении их задач; общественники – в реализации своей гражданской активности, в признании, и т.д. и т.п. Интересы наших партнеров могут весьма разнообразными. И здесь важной задачей взаимодействия является не подавление их и проталкивание исключительно своих идей, а согласование интересов, предоставление всем вашим партнерам, в разумных пределах, возможностей удовлетворить их нужды в ходе работы с советом.

Для этого мы рекомендуем, во-первых, составить для себя карту интересов. Перечислить партнеров и представить их интересы к совету. Неплохо опросить их самих, возможно, некоторые их запросы вас удивят. Дальнейшую коммуникацию и план работы совета строить, держа эту карту в голове.

Планируя и реализуя свою активность, предусматривайте в ней ниши для активности ваших партнеров, в том числе из органов власти. Старайтесь не вступать с ними в конфронтацию, а использовать их ресурсы. Предлагайте им поле для активности, подключайте их к решению ваших вопросов, задействуйте их как экспертов, опирайтесь на их мнение. Предлагая им вопросы, исходите из их полномочий и обязанностей, формулируйте к ним запросы так, чтобы они не могли отказаться от участия в их решении.

Во-вторых, в работе конкретно с представителями органов власти, которые могут подавлять своей активностью и подготовленностью общественную составляющую совета, можно использовать формальные аргументы – регламенты работы совета, договоренности о порядке взаимодействия, формирования повестки. Старайтесь разговаривать с представителями органов власти на их языке – опирайтесь на законы и нормы. При организации работы совета апеллируйте к регламентам, требуйте их соблюдения.

В ходе образовательно-проектировочной программы, реализованной ВСП в 2014-2015 годах, участниками ВСП на основании своего практического опыта и в ходе групповых проектировочных занятий был подготовлен ряд предложений по организации советов.

Низкий статус совета. Чиновники отказываются взаимодействовать с советами. Чиновники саботируют работу общественных советов. Игнорируют решения, не взаимодействуют в рамках заседаний и при подготовке к заседаниям. На советах нет готовности чиновников к партнерскому диалогу.

Нет взаимодействия между советами Росздравнадзора и министерства здравоохранения.

Для повышения статуса совета и организации взаимодействия с органами власти и отдельными их руководителями и сотрудниками возможно предпринять ряд мер.

Председателем или сопредседателем совета должен быть министр здравоохранения региона. Секретарем совета также желательно назначать сотрудника регионального минздрава.

Регламент проведения заседаний совета должен предусматривать участие в них представителей регионального органа управления здравоохранением по профильным вопросам.

Решения, принятые на заседаниях (а также на других мероприятиях), необходимо заносить в протокол с указанием ответственных за исполнение решений и соблюдение сроков исполнения (от совета и от органа управления здравоохранением).

В повестке совета необходимо возвращаться к обсуждению ранее принятых решений – контролировать их исполнение. Выявлять и обсуждать факты неисполнения решений.

Необходимо обсудить с ответственными представителями органа управления здравоохранением механизм взаимодействия с советом, утвердить список сотрудников Минздрава (по управлениям или отделам), ответственных за коммуникацию с членами Совета.

Необходимо проводить совместные мероприятия двух советов – при министерстве здравоохранения и ТО Росздравнадзора. Необходимо помнить, что компетенции данных советов различаются соответственно компетенциям органов власти, при которых они действуют. Необходимо разъяснить пациентским организациям различия полномочий этих двух структур.

Отсутствие в совете экспертов и лиц, принимающих решения.

Этот вопрос пересекается с двумя предыдущими. Как мы уже обращали внимание, общественным активистам необходимо помнить о наличии значительного числа потенциальных партнеров – экспертов, которые могут быть заинтересованы в решении вопросов, поднимаемых НКО. Соответственно, обращаясь к какой-либо теме, необходимо представлять себе круг таких потенциальных экспертов. Предположив их профессиональные интересы и возможности, необходимо предлагать им привлекательные роли в процессах решения проблем. Практика показывает, что эксперты обычно проявляют большой интерес к потенциальным изменениям в их профессиональных сферах и часто готовы вносить личный вклад в такие процессы.

Кроме того, для привлечения экспертов и статусных руководителей возможно и необходимо использовать статусные ресурсы советов.

Если формализовать предложения участников по повышению экспертно-статусного потенциала советов, то пока можно выделить три технологии:

1. Содействуйте включению в состав советов статусных представителей медицинского сообщества. Наличие в совете значимых для профессионального мира участников, понимающих необходимость взаимодействия с пациентским сообществом, повысит его статус, даст вам новые контакты и возможности.
2. Организуя работу совета, вовлекайте в нее внешних экспертов по мере необходимости. Предлагайте им возможности высказать личную профессиональную точку зрения, оптимизировать свою сферу, выступить перед недоступной ранее аудиторией, реализовать профессиональные, творческие, карьерные и другие интересы. Приглашайте экспертов в рабочие группы и на заседания, запрашивайте у них информационные справки, просите их личных советов и формальных заключений, предлагайте им выступить на совете – самостоятельно или в виде содокладчика, совместно разрабатывайте проекты решений поднятых проблем.

3. Используя формальный статус совета, возможности и процедуры органов власти, целевым образом приглашайте на заседания советов статусных руководителей, способных принимать решения по рассматриваемым вопросам. В зависимости от ситуации вы можете предъявить такому руководителю проблему, использовав данные от пациентов и мнения экспертов, актуализировать ваш вопрос. И далее либо предложить подготовленный проект решения вопроса, либо мотивировать руководителя запустить процесс поиска решения данного вопроса силами государственных структур.

Нет двусторонней связи совета с целевой группой. Нет интерактивного взаимодействия на сайте, телефоне, по почте, через прием.

Это важный момент как с точки зрения технической организации совета, так и с точки зрения стратегических целей совета, взаимодействия государства с общественностью.

Преимущество совета как особой социальной структуры (и, соответственно, привлекательность совета для государственных управленцев) состоит в том, что он является каналом двусторонней оперативной связи государства с целевой группой. Совет может быть опорой, поддержкой государственным структурам – фактически без затраты ресурсов он может выявлять наиболее острые проблемы, организовывать общественную оценку властных решений, собирать среди целевых групп заказанную информацию и распространять информацию с высокой степенью доверия к ней; совет может пресекать опасные для системы нарушения, предупреждать и снимать конфликты, давать государственной службе идеи решения проблем. Чем очевиднее работа данных процессов, тем совет более интересен для государственного органа, чем выше будут статус и возможности его участников – общественных активистов.

Соответственно, нашей задачей должно быть развитие двусторонней связи совета с внешней средой. В идеале совет должен сам – инициативно и активно работать с пациентами, чиновниками, распространять информацию. И такой опыт уже есть – это изготовление буклетов, проведение семинаров, конференций, горячих линий.

Однако для этого не всегда имеются ресурсы. Поэтому необходимо сначала выстроить те каналы обмена информацией, которые требуют минимума вложений, но, одновременно, обеспечивают вас информацией, поступающей самотеком, и позволяют вам, как совету, распространять информацию.

Для сбора информации необходимо создать контактные данные совета: адрес электронной почты, телефон в ведомстве, по которому примут информацию, физический адрес в ведомстве. Возможны и дополнительные данные: интернет-портал, странички в социальных сетях, телефоны председателя, секретаря и экспертов, разделы в форумах и т.п.

Первым обязательным каналом информационного взаимодействия должно стать интернет-представительство совета. Это может быть страница на сайте ведомства, может быть отдельный созданный вами сайт (для этого можно воспользоваться услугами волонтеров), это могут быть страницы в социальных сетях (фейсбук, твиттер и т.п.), форумы. Основная интернет-страница обязательно должна включать, помимо контактных данных, документов, новостей, аналитических материалов, элементы интерактивного взаимодействия. Это могут быть адрес почты, форма для обращения, он/офф-лайн консультации, периодические горячие линии, форумы, переписка в социальных сетях и т.п.

Вся информация о совете может быть продублирована на сайте ВСП. Здесь вы можете завести визитку, получить страничку для сайта, размещать ваши новости, вести форум. Технически площадку для вас здесь организует информационная служба ВСП.

Еще одним эффективным способом информационного взаимодействия являются горячие линии. Их можно проводить по телефону, на базе СМИ, через интернет порталы и социальные сети. Важно – оповестить целевую общественность о месте проведения, обеспечить участие статусного руководителя, может быть, предложить интересные темы, обеспечить текущую модерацию (подбор наиболее интересных вопросов), размещение ответов на вопросы в открытом доступе. Горячая линия может проводиться здесь и сейчас (он-лайн). А можно собрать вопросы и подготовить на них ответы позже. Самое простое – провести линию по телефону совета. Необходимо только решить вопрос с фиксацией информации. Несложно организовать линию на сайте или в социальной сети. Эффективны и несложны в организации линии на радио – для этого необходимо заинтересовать местное проводное или ФМ радио.

Достаточно простой, не затратной и эффективной является технология пресс-релизов: рассылки кратких информационных сообщений в СМИ. Для этого вам необходимо создать базу данных рассылки вашего региона – список e-майл адресов максимального числа СМИ и журналистов (проще всего собирать данные через интернет). Нормальная, легко формируемая база данных для города-миллионника, – 100-300 адресов. По этой базе данных можно периодически (1-4 раза в год) рассылать пресс-релизы. Вам нужно находить в деятельности совета интересный «информационный повод» (событие) и готовить краткое его описание в виде и стиле газетной статьи. Пресс-релиз должен состоять из яркого и конкретного заголовка, лида (2-3 предложения с кратким содержанием новости), основной текстовой части (до 1 страницы А4), фотографий, подписи с контактными данными, по необходимости – информационной справки. Основная часть должна быть написана в деловом «газетном стиле», отвечать на вопросы кто, что, где и когда сделал? какова предыстория? к чему это приведет? В основной части обязательно должны быть комментарии 1-2 экспертов (специалистов, статусных лиц, общественников, простых граждан и т.п.). Пресс-релиз должен быть максимально полным и быть похожим на газетную статью. Текст пресс-релиза должен быть набран в текстовом редакторе Word, фото нужно отдельно прикреплять к письму. Тогда вероятность размещения пресс-релиза увеличится. Практика показывает, что пресс-релиз, разосланный в 100 адресов, публикуется в пяти СМИ. Рассылка релизов позволит вам не только получать бесплатные публикации о совете, но и установить контакты с журналистами. Инструкцию по подготовке пресс-релизом можно получить в ВСП.

Еще одним средством взаимодействия является проведение опросов общественного мнения. Статистически обоснованное описание какой-либо проблемы весьма эффективно воздействует на представителей органов власти. На этапе проектирования исследования желательно обратиться к специалистам (волонтеры, региональные исследовательские организации, подразделения Минздрава).

Традиционным, но весьма информативным способом сбора и распространения информации являются массовые (групповые) встречи с пациентами. Они могут проводиться в виде школ, совещаний, брифингов с руководителями, семинаров, досуговых мероприятий и т.п.

Желательно вести прием жалоб и обращений. Прием может осуществляться в форме электронных писем, писем на бумажном носителе, очно, по телефону, по скайпу и т.п. Для локализации, экономии ресурсов можно определить приемные дни и разделить их между экспертами совета. Важно определить формат принимаемых обращений (фиксация данных обращающегося, даты, фактов), вести журнал, организовать обработку, анализ и перенаправление жалоб. Значительно сэкономить ресурсы может помочь организация интернет-приемной.

Нужно не забывать, что такие формы общественного контроля, как общественное обсуждение и мониторинг, также являются средствами двусторонней интерактивной связи с целевыми группами. Они позволяют как собирать информацию, так и доносить ее до целевых групп.

4.4. Практики организации работы социально ориентированных НКО в общественных советах в сфере здравоохранения

В настоящий раздел вошли данные исследования работы социально ориентированных некоммерческих организаций пациентов в составе общественных советов, реализованном в ходе программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты».

Исследование было посвящено изучению практик деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций (СО НКО) по защите прав и поддержке граждан в сфере здравоохранения и социальной защиты, посредством участия в работе общественных советов при органах управления здравоохранением в регионах Российской Федерации.

Исследование было построено на изучении опыта участия СО НКО в 15 советах. Предлагаемые информационно-аналитические материалы состоят из 15 описаний деятельности НКО в составе региональных советов, подготовленных по единой форме; из сводного анализа деятельности советов; из приложений, иллюстрирующих работу НКО в советах.

Проведено исследование было в 2015 году.

Также в раздел включена экспертиза нормативных документов советов, в первую очередь, положений, определяющих порядок деятельности советов.

Состав общественных советов и активность их участников

Переходя к обобщению результатов изучения деятельности СО НКО в составе советов, необходимо отметить, что, если изучаемые НКО относятся к одному типу (все они - социально ориентированные общественные организации, имеющие юридическое лицо и представляющие права граждан как пациентов), то общественные советы в сфере здравоохранения, в рамках которых они действовали, представлены двумя различными типами. Часть создана при территориальных органах Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, часть действует при органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

При этом советы при ТО Росздравнадзора являются частью общероссийской системы Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, называются по единому образцу «Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по [наименование субъекта РФ]» и действуют в рамках единой методологии.

А общественные советы, действующие при органах государственной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, осуществляющие сходную деятельность для решения сходных целей и задач, но самостоятельные относительно друг друга и федерального центра, имеют различные наименования и руководствуются различными пакетами указаний и нормативно-правовых актов, издаваемых материнскими органами власти.

Таблица 22.

Основные характеристики советов, в рамках которых действовали НКО

Регион	Название Общественного совета	Число членов Совета, чел.	Количество НКО в Совете	Количество проведенных заседаний	Количество проведенных иных мероприятий	Наличие сайта/страницы на сайте органа власти
Астраханская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Астраханской области	15	7	3	2	Да
Вологодская область	Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Департаменте здравоохранения Вологодской области	13	7	3	0	Да
Калининградская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Калининградской области	10	8	4	0	Да
Курганская область	Общественный совет по вопросам развития здравоохранения при Департаменте здравоохранения Курганской области	21	10	3	0	Нет
Нижегородская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Нижегородской области	13	5	4	0	Да
Новосибирская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Новосибирской области	13	7	9	2	Да
Оренбургская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Оренбургской области	15	5	4	3	Да
Самарская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе	8	3	4	0	Да

	Росздравнадзора по Самарской области					
Свердловская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Свердловской области	15	14	2	2	Да
Тульская область	Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Тульской области	12	6	1	2	Да
Тюменская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Тюменской области	14	3	3	0	Да
Удмуртская республика	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Удмуртской республике	13	9	4	2	Да
Челябинская область	Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора по Челябинской области	18	7	4	1	Да
Чувашская Республика	Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения и социального развития Чувашской Республики	11	9	4	0	Да
Ярославская область	Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области	20	9	4	0	Да

Исследование показало, что советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ более многочисленны по составу по сравнению с Общественными советами при территориальных органах Росздравнадзора. В среднем на один совет при региональном органе управления здравоохранением приходится 16 человек, а на один совет при ТО Росздравнадзора – 12 человек.

Лишь в единичных советах имеются какие-либо внутренние подструктуры: комиссии, рабочие группы и т.п. То есть в основной части советов нет какой-либо внутренней организационной структуры, фокусирующей их деятельность на определенных вопросах, закрепляющей сферы ответственности внутри организации, что не способствует активизации работы совета и снижает вероятность достижения конструктивных результатов.

Наиболее многочисленными группами в общественных советах являются представители пациентских НКО. В то же время наблюдаются и некоторые

различия в социально-профессиональном составе региональных общественных советов:

- В общественных советах при территориальных органах Росздравнадзора в наибольшей степени представлены пациентские организации, врачи, журналисты;
- В советах общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранением субъектов РФ на первом месте по представительству также стоят пациентские организации. Однако их доля заметно меньше. Так же, как врачей и журналистов. При этом выше доля представителей не пациентских общественных организаций, общественных деятелей, представителей материнских и иных органов власти.

Таблица 23.

Социально-профессиональный состав региональных общественных советов

№	<i>Социально-профессиональные группы в составе советов</i>	<i>Доля в составе советов при Территориальных органах Росздравнадзора, %</i>	<i>Доля в составе советов при органах управления здравоохранением субъектов РФ, %</i>
1	Представители пациентских организаций	27,9	21,2
2	Общественные деятели, представители не пациентских организаций	4,7	17,8
3	Представители врачебного сообщества	25	16,2
4	Представители Росздравнадзора / органов управления здравоохранения субъектов РФ	8,6	13,7
5	Представители профессиональных ассоциаций	9,4	12,4
6	Представители других органов власти (кроме Росздравнадзора и органов управления здравоохранения субъектов РФ соответственно)	4,9	7,1
7	Журналисты	13,3	4,1
8	Представители научно-педагогической общественности	нет данных	2,1
9	Представители страховых организаций (фонда социального страхования, ФОМС)	2	2,1
10	Представители фарм. производителей	3,2	0,4
11	Другое	1	2,9

При этом доля пациентских НКО в целом выше в советах при территориальных органах Росздравнадзора, а общее число вовлеченных выше в советах при региональных органах управления здравоохранением.

Характерно, что для обоих советов была выявлена сходная картина активности участников.

Таблица 24.
**Доля вопросов, выносимых на заседания общественных советов
представителями различных социально-профессиональных групп**

№	Социально-профессиональные группы в составе общественного совета	<i>Доля вопросов, инициированных для заседаний советов при Территориальных органах Росздравнадзора</i>	<i>Доля вопросов, инициированных для заседаний советов при органах управления здравоохранением субъектов РФ</i>
1	Представители пациентских организаций	28	24,1
2	Общественные деятели, представители не пациентских организаций	3,8	7
3	Представители врачебного сообщества	21,2	17,6
4	Представители Росздравнадзора / органов управления здравоохранения субъектов РФ	15,6	14,1
5	Представители профессиональных ассоциаций	7,5	12,1
6	Представители других органов власти (кроме Росздравнадзора и органов управления здравоохранения субъектов РФ)	4,2	5,0
7	Журналисты	11,6	7,5
8	Представители научно - педагогической общественности	1,4	1,5
9	Представители страховых организаций (фонда социального страхования, ФОМС)	1	1,5
10	Представители фарм. производителей	2,8	-
11	Другое	0,7	1
12	Нет ответа	-	8,6

Чаще других социальных групп активность в работе всех общественных советов с заметным отрывом проявляют представители пациентских организаций. Второе место твердо удерживают представители врачебного сообщества. На третьем месте по активности стоят представители органов власти, при которых действуют советы. Далее с небольшими различиями следуют представители профессиональных ассоциаций, действующих в сфере здравоохранения и журналисты.

Примечательно, что активность общественных деятелей не пациентского толка, особенно заметно представленных в советах при региональных органах управления здравоохранением, относительно невысока. Также с невысокой степенью активности действуют в советах представители иных органов власти, что объяснимо «непрофильностью» значительной части вопросов, обсуждаемых советами. Наименьшую активность проявляют в обоих видах советов представители научно-педагогической медицинской общественности и представители страховых организаций.

Тематика заседаний советов

По данным отчетов, полученных от 15 советов, в 2015 году было проведено всего не менее 56 заседаний (здесь необходимо отметить, что часть мероприятий не вошла в настоящий анализ, так как проводилась в последние дни 2015 года).

Общественные советы при Территориальных органах Росздравнадзора собирались на заседания чуть чаще, чем советы по защите прав пациентов при органах управления здравоохранения субъектов РФ. Советы провели по 3,9 и 3,6 раза в год на один совет.

Таблица 25.

Тематика вопросов, рассматриваемых на заседаниях общественных советов

№	Проблемы	Советы при Территориальны х органах Росздравнадзора, %	Советы при органах управления здравоохранением субъектов РФ, %
1	Повышение качества и доступности медицинских услуг	28,7	20,5
2	Лекарственное обеспечение в регионе (в том числе льготное)	18	16,8
3	Работа лечебных учреждений, политика в сфере здравоохранения региона	-	13,6
4	Организация системы общественного и государственного контроля	4,7	11,8
5	Взаимодействие общественного совета с институтами гражданского общества (в том числе привлечение общественных, пациентских организаций к защите прав пациентов, инвалидов; взаимодействие со СМИ)	3,3	8,1
6	Решение организационных вопросов деятельности общественного совета (подведение итогов, утверждение планов)	10,6	8,1
7	Защита прав пациентов, работа с обращениями пациентов	12,7	5
8	Контроль за реализацией программы модернизации здравоохранения в регионе	4	4,3
9	Вопросы медицинской и социальной реабилитации инвалидов (в том числе обеспечение доступной среды для инвалидов)	7,3	2,5
12	Обсуждение результатов анкетирования пациентов	2,7	1,9

При этом заседания советов общественных организаций при органах управления здравоохранения субъектов РФ были более многочисленными (14 человек в среднем). В заседаниях советов при Росздравнадзоре участвовали по 9 человек в среднем.

В таблице представлена тематика рассматривавшихся на заседаниях советов проблем. Как видно из таблицы, повышенное внимание в прошедшем году все советы уделяли вопросам обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению региона и лекарственному обеспечению жителей региона (в том числе льготных категорий граждан).

Как видно из таблицы, приоритетными направлениями в работе советов, по мнению НКО, были вопросы повышения качества и доступности медицинских услуг в регионе и лекарственное обеспечение.

При этом НКО в рамках работы в советах общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранением субъектов РФ особо выделяли тему оценки лечебных учреждений, политики в сфере здравоохранения региона, отсутствующую в повестке работы советов при Росздравнадзоре.

Формы работы СО НКО в общественных советах

Наиболее распространенными формами работы советов являются проведение заседаний, а также различного рода круглых столов, конференций, семинаров. НКО в равной с другими участниками степени активности участвуют в заседаниях. При этом СО НКО выделяются активностью по инициации инновационных форм работы: выездных заседаний, горячих линий, брифингов, пресс мероприятий. Кроме того, СО НКО являются основными инициаторами проведения мероприятий по итогам обращений граждан (проверок, экспертиз, обсуждений, запросов, издания материалов, школ пациентов и т.п.) и вообще мероприятий, связанных с прямым взаимодействием органа власти, его руководителей, общественного совета с общественностью.

Несмотря на значительную разницу в ресурсах органов власти, при которых действовали советы, активность двух видов советов – при ТО Росздравнадзора и региональных органах управления здравоохранением – вполне сопоставима по формам и масштабам.

Так, большинство советов обоих видов использовали, в первую очередь, такие традиционные виды работы, как заседания, обсуждения, доклады с частотой, как правило, 1 раз в квартал. Так же общественные советы достаточно часто проводят круглые столы, конференции, семинары и организуют работу с жалобами граждан.

Советы общественных организаций по защите прав пациентов при органах управления здравоохранением субъектов РФ чаще проводят различного рода конференции, семинары и круглые столы. А их коллеги из общественных советов при Территориальных органах Росздравнадзора заметно чаще принимают участие в мероприятиях партнеров и членов совета, а также более активно направляют запросы и обращения в органы государственной власти. Подавляющее большинство мероприятий, инициируемых советами, имеют региональный статус.

Правовая активность советов различна. По свидетельству участников, большая часть членов советов дистанцируется от правовой работы (анализа НПА, консультирования, запросов, подготовки предложений), ссылаясь на недостаток профессиональной подготовки и времени.

Вместе с тем, те советы, где такая работа общественников поощряется руководством, показывают значительные результаты, охватывая консультированием до 500 пациентов в году, участвуя в разработке и оптимизации НПА как регионального, так и федерального уровня. Так, по данным Росздравнадзора, взятым с его интернет-сайта, 7 общественных советов при

Территориальных органах Росздравнадзора приняли за прошедший год участие в разработке 61 НПА.

Кроме участия в разработке НПА, региональные советы используют и другие формы работы с представителями законодательной и исполнительной власти: запросы, письма, встречи с депутатами, посещение личных приемов представителей исполнительной власти, переписка в социальных сетях с депутатами и региональными чиновниками.

Достижения СО НКО в составе советов

Таблица 26.

Основные достижения региональных общественных советов

№	Достижения	Советы при Территориальных органах Росздравнадзора в %	Советы при органах управления здравоохранением субъектов РФ в %
1	Повышение качества и доступности медицинской помощи	32	40,2
2	Участие в развитии гражданского общества (в том числе обеспечение обратной связи с гражданским обществом, содействие распространению методов борьбы с коррупцией, создание пациентских организаций и др.)	6	14,6
3	Улучшения в сфере лекарственного обеспечения	4	9,8
4	Налаживание взаимодействия с органами власти	-	7,3
5	Повышение уровня информированности населения о деятельности Совета	12	6,1
6	Координация деятельности в сфере здравоохранения между основными участниками (взаимодействие с органами власти, НКО, территориальными управлениями Росздравнадзора, страховыми компаниями и др.)	20	4,9
7	Защита прав пациентов, помощь конкретным людям	14	4,9
8	Активизация деятельности самого Совета, решение организационных вопросов	8	3,7
9	Законотворческая деятельность ОС (в том числе внесение изменений в региональные законы, подготовка проекта закона и др.)	4	2,4

Описывая основные результаты, достижения деятельности своего совета, многие респонденты отмечали, что их важнейшей задачей было повышение качества и доступности медицинской помощи в целом. Второе по распространенности достижение - участие в развитии гражданского общества.

Наиболее ярко достижения советов при органах управления здравоохранением субъектов РФ отражают следующие высказывания:

- *«Рассмотрен проект постановления Кабинета Министров Чувашской Республики «Об утверждении Профиля здоровья Чувашской Республики», который по рекомендации членов Совета дополнен информацией о наркологической ситуации в Чувашской Республике, рассмотрен проект закона Чувашской Республики «О внесении изменений в Закон Чувашской Республики «Об охране здоровья граждан в Чувашской Республике»;*
- *«Организовано анкетирование населения по вопросу удовлетворенности медицинской помощью, оказываемой в ЛПУ Тамбовской области... Составлен рейтинг всех ЛПУ Тамбовской области по качеству оказания медицинской помощи населению. Совместно с Общественной палатой Тамбовской области проведён круглый стол по организации платных услуг, а также круглый стол о юридическом сопровождении процесса оказания медицинской помощи населению региона»;*
- *«По итогам заседаний Совета в медицинских организациях принят ряд мер, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи населению: увеличен штат сотрудников для работы в регистратуре; в медицинских организациях установлены инфоматы для обеспечения электронной записи на прием к врачу; организована работа дежурных администраторов для решения организационных, конфликтных и иных вопросов граждан»;*
- *«Рассмотрены предложения по внесению изменений в ФЗ N 44 от 21 июля 2005 года «О контрактной системе... »;*
- *«Принятие Республиканской территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;*
- *«Выработана система в работе Совета; удается положительно решать обращения пациентов; наблюдается высокая явка на заседания Совета и высокая заинтересованность в обсуждении вопросов, вынесенных на повестку дня»;*
- *«Деятельность совета привлекает всё большее внимание врачебного и пациентского сообщества»;*
- *«Анкетирование, прием граждан, участие в различных мероприятиях, а также постоянное упоминание совета в СМИ, способствовали повышению информированности населения о деятельности Совета. Налажено продуктивное взаимодействие с региональной законодательной и исполнительной властью, медицинскими организациями»;*
- *«Привлечение общественности к созданию механизмов повышения качества, безопасности и доступности медицинской помощи населению. Активное участие в законотворческой деятельности»;*
- *«Подготовлены предложения по формированию Территориальной программы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи» (Республика Хакассия);*

- *«Принята программа Совета. Проводятся встречи с населением Удмуртии по вопросам: «Права и обязанности пациента», «Ответственность и контроль в соответствии с ФЗ №323»;*
- *«Снята напряженность по лекарственному обеспечению больных рассеянным склерозом, ревматоидным артритом, почечной недостаточностью»;*
- *«Решение вопроса с бесплатной транспортировкой пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи на диализ к месту оказания медицинской помощи. Улучшение условий оказания медицинской помощи больным, находящимся на диализе».*

Сложности и барьеры в деятельности СО НКО в составе советов

Выявленные в ходе исследования сложности в деятельности СО НКО в рамках общественных советов в регионах, можно подразделить на две группы: барьеры внешней среды и внутренние барьеры.

Среди барьеров внешней среды выделяются следующие:

- отсутствие или недостаточное финансирование;
- ограниченность полномочий Советов;
- неразвитость гражданского общества, что проявляется в недостаточном количестве пациентских организаций, недостаточной активности сообщества и локальных целевых групп.

Среди внутренних барьеров деятельности системы Советов упоминаются:

- кадровые проблемы, в том числе: малая мотивация, недисциплинированность, пассивность, неподготовленность и неопытность членов Совета, текучесть кадров, большая загруженность членов совета на основной работе;
- отсутствие единых методических рекомендаций из федерального центра.
- отсутствие информации о работе других советов, отсутствие системы обмена опытом.

Кроме того, в системе Общественного совета при Росздравнадзоре, в силу того, что это единая структура с федеральным руководством, существуют повышенные ожидания в отношении федерального центра относительно ресурсирования системы. А так как центральный совет, как и все остальные, действует на добровольческих началах и основывается на личных ресурсах участников, то возникает, с одной стороны, проблема высоких личных затрат, а с другой – неудовлетворенности запросов региональных советов. Так, 5 общественных советов при Территориальных органах Росздравнадзора отметили недостаточность обратной связи с центральным советом и недостаточную полноту и информации на сайте центрального совета.

Очевидно, что по мере соорганизации и интенсификации деятельности данная проблема будет нарастать и ее необходимо решать фандрайзинговыми методами.

Еще одной проблемой, на которую следует обратить внимание, являются сложности в налаживании отношений с партнерами, представителями целевых социальных групп – врачей, пациентов, представителей органов власти. На практике с этой сложностью в той или иной мере сталкивается большинство советов. В большинстве случаев она преодолевается местными силами. Однако 2 совета указали, что она не преодолена.

Экспертиза положений общественных советов в сфере здравоохранения, в составе которых действуют социально ориентированные НКО

Для общественной экспертизы свои положения предоставили общественные советы и из 20 субъектов РФ: Москвы, Московской области, Воронежской, Ярославской областей, Красноярского и Краснодарского краев, Ленинградской, Ростовской, Волгоградской, Ульяновской, Саратовской областей, Республики Башкортостан, Пермского края, Свердловской, Новосибирской, Томской, Омской, Кемеровской, Сахалинской областей и Республики Хакасия.

Положения анализировались с помощью следующего оценочного инструмента:

Таблица 27. Методика экспертизы положений общественных советов

Вопрос экспертизы		Ответ на вопрос (да/нет/частично)	Норма в действующем положении, подтверждающая ответ «да» или «частично» на вопрос (цитата с указанием номера статьи/пункта)	Предложение по изменению/дополнению статьи/пункта
1.	2.	3.	4.	
Критерий «Возможность учета интересов референтной группы в деятельности органа власти посредством общественного совета»				
1.	Есть ли в положении возможность включения в состав совета независимых от органов власти представителей референтных групп (например, посредством процедуры самовыдвижения)?			
2.	Есть ли в положении нормы об открытости информации о начале процедуры формирования общественного совета? (в том числе изменения состава (ротации, перевыборов).			
3.	Содержит ли положение нормы об открытости информации о деятельности совета, в том числе обнародование ежегодного отчета о деятельности			

	совета?			
4.	Есть ли в положении возможность свободного участия в заседаниях совета членов референтных групп? (входящих и не входящих в состав совета)? Каким образом обеспечивается это участие?			
Критерий «Соответствие статуса общественного совета требованиям федерального законодательства»				
5.	Есть ли в положении перечень вопросов, решение которых органом власти невозможно без предварительного обсуждения общественным советом?			
6.	Есть ли в положении обязательства органа власти перед общественным советом, например, сокращенные сроки ответов на запросы членов общественного совета; отчеты должностных лиц перед общественным советом; рассмотрение общественным советом ежегодных планов работы органа власти; обязанность сотрудников органа власти присутствовать на заседании совета по его приглашению, и др.?			
7.	Отражен ли в положении в соответствии с п. 1 ст. 9 ФЗ «Об основах общественного контроля в РФ» статус общественного совета как субъекта общественного контроля?			
8.	Определены ли в положении права общественного совета в целом, в том числе по осуществлению общественного контроля?			
9.	Определены ли в положении права членов общественного совета (например, право на фиксацию особого мнения члена совета при голосовании)?			
10.	Определены ли в положении обязанности общественного совета в целом и его членов в отдельности, в том числе по осуществлению общественного контроля?			
Критерий «Полнота регламентации процедур работы совета и его функций»				
11.	Определены ли перечни вопросов, решаемых исключительно на очных заседаниях совета?			
12.	Определена ли возможность и процедура заочных опросов членов совета для принятия решения?			
13.	Определены ли исчерпывающе			

	полномочия председателя совета?			
14.	Не являются ли полномочия председателя чрезмерно широкими?			
15.	Определены ли в положении требования к этике поведения членов совета?			
16.	Определены ли способы разрешения конфликтных ситуаций?			
17.	Определены ли процедуры инициирования и проведения мероприятий общественного контроля (в различных его формах), в том числе принятия решений по результатам общественного контроля?			
Критерий «Непротиворечивость документа»				
18.	Присутствуют ли в положении нормы, противоречащие друг другу (например, установлено, что заседания совета являются открытыми, а в другом пункте сказано, что председатель совета рассматривает заявления желающих принять участие в заседании)?			
19.	Присутствуют ли в положении нормы, противоречащие законодательству об общественном контроле?			
Критерий «Реалистичность документа»				
20.	Выполнимы ли на практике процедуры, предусмотренные положением (например, принятие решения исключительно единогласным голосованием является нереалистичной процедурой)?			

Качество прошедших экспертизу положений о деятельности общественных советов оказалось различным. Экспертная группа Краснодарского края осуществила экспертизу Положения об Общественном совете по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, поскольку общественные советы при территориальных органах Росздравнадзора являются структурными подразделениями Общественного совета по защите прав пациентов и действуют на основании Положения о данном совете. Несмотря на это, Положение содержит ряд несоответствий Стандарту деятельности общественных советов при федеральных органах исполнительной власти (типовое положение): в Положении не отражены многие требования Правительственной комиссии по координации деятельности открытого правительства РФ.

Предварительный анализ Положений об общественных советах показал, что в них имеются существенные недочеты, связанные с прозрачностью формирования Совета, ротацией участников, формами донесения информации до пациентов, принятия рекомендаций к органам власти и их выполнения.

Сводный анализ положений показал типичные ошибки при составлении текстов положений. Анализ ошибок и недочетов был проведен в соответствии с показателями, использованными в методике экспертизы положений. Анализ

показал, что в большей части положений отсутствуют нормы, соответствующие показателями методики экспертизы положений, в части положений нормы заданы так, что требуют конкретизации или приведения в соответствие с законом.

Показатель «Возможность включения в состав совета независимых от органов власти представителей референтных групп (например, посредством процедуры самовыдвижения)».

Ошибками при задании норм положений стали отсутствие конкретизации, отсутствие процедуры формирования совета.

Пример 1

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «4.2. Отбор кандидатов в члены Общественного совета осуществляется на принципах гласности и добровольности участия в деятельности Общественного совета в соответствии с Порядком образования общественных советов при органах исполнительной власти Ярославской области, утвержденным постановлением Правительства области от 22.04.2014 № 372-п «О порядке образования общественных советов при органах исполнительной власти Ярославской области» (далее – Порядок)».

Комментарий: Присутствует отсылочная норма, следует конкретизировать в рамках Положения. Данную норму следует привести согласно «Порядку»:

«Состав общественного совета формируется из числа:

- кандидатов, выдвинутых в члены общественного совета общественными объединениями и иными организациями, зарегистрированными и действующими на территории Ярославской области, целью деятельности которых является представление или защита общественных интересов в сфере деятельности органа исполнительной власти;

- кандидатов, выдвинутых в члены общественного совета Общественной палатой Ярославской области;

- кандидатов, выдвинутых в члены общественного совета органом исполнительной власти;

- кандидатов, выдвинутых в члены общественного совета общественной палатой (советом) муниципального образования Ярославской области;

- кандидатов- самовыдвиженцев».

Пример 2

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: «п.3.2. Членами отделения Совета могут быть граждане РФ, представители медицинских организаций, общественных объединений».

Комментарий: Необходимо конкретизировать норму положения, прописав процедуры выдвижения кандидатур.

Пример 3

Документ: Положение об общественном совете при департаменте здравоохранения Воронежской области.

Фрагмент документа: «п. 5. Прием в члены осуществляется по решению руководителя департамента здравоохранения на основании письменного обращения руководителя организации».

Комментарий: Необходимо внести демократическую процедуру формирования совета.

Пример 4

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «п.2.1.4. Привлечение граждан, общественных объединений и организаций к реализации государственной политики в сферах здравоохранения, лекарственного обеспечения, функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов».

Комментарий: Необходимо внести в раздел «Порядок формирования Общественного совета» пункт о количественном составе общественного совета, определить возможность участия референтных групп с указанием процентного состава от общего количества членов общественного совета.

Пример 5

Документ: Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия.

Фрагмент документа: «п.7 Персональный состав Общественного совета, его ответственный секретарь утверждаются приказом Министерства. Общественный совет возглавляет председатель, осуществляющий общее руководство его деятельностью, который избирается на заседании Общественного совета».

Комментарий: Прием в состав Совета представителей общественных и иных организаций осуществляется по решению Совета представителей общественных и иных организаций осуществляются по решению Совета на основании письменного обращения руководителя организации.

Решение о приеме в состав Совета принимается квалифицированным (2/3) большинством голосов членов Совета.

Состав Совета формируется в соответствии с едиными критериями и требованиями, утверждаемыми Советом, и может изменяться по решению Совета по мере необходимости.

Показатель «Нормы об открытости информации о начале процедуры формирования общественного совета (в том числе изменения состава (ротации, перевыборов)».

Ошибками при задании норм положений стали отсутствие конкретизации, неполнота процедуры.

Пример 6

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «4.2. Отбор кандидатов в члены Общественного совета осуществляется на принципах гласности и добровольности участия в деятельности Общественного совета в соответствии с Порядком образования общественных советов при органах исполнительной власти Ярославской области, утвержденным постановлением Правительства области от 22.04.2014 № 372-п «О порядке образования общественных советов при органах исполнительной власти Ярославской области» (далее – Порядок)».

Комментарий: Присутствует отсылочная норма, следует конкретизировать в рамках Положения. Данную норму следует привести согласно «Порядку». «В целях формирования состава общественного совета на веб-узле органа исполнительной власти официального портала органов государственной власти Ярославской области и на портале народного правительства Ярославской области размещается

уведомление о начале процедуры формирования состава общественного совета (далее – уведомление).

В случае формирования состава общественного совета в связи с истечением срока полномочий действующего состава общественного совета уведомление должно быть размещено на веб-узле органа исполнительной власти официального портала органов государственной власти Ярославской области и на портале народного правительства Ярославской области не позднее чем за два месяца до истечения полномочий действующего состава общественного совета.

В уведомлении указываются требования к кандидатам, срок и адрес направления документов о выдвижении кандидатов. Указанный срок не может составлять менее одного месяца с момента размещения уведомления.

Одновременно с размещением уведомления на веб-узле органа исполнительной власти официального портала органов государственной власти Ярославской области и на портале народного правительства Ярославской области уведомление направляется в Общественную палату Ярославской области».

Пример 7

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: начало процедуры отсутствует в текст документа

Комментарий: Статья 1.8 дополнить: «О начале процедуры формирования отделения Общественного совета размещается информация в сети Интернет».

Пример 8

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «3.3. Срок полномочий членов Общественного совета составляет три года. Не позднее, чем за три месяца до истечения срока полномочий членов Общественного совета, министр здравоохранения Красноярского края объявляет о формировании нового состава Общественного совета».

Комментарий: Необходимо дополнить раздел «Порядок формирования Общественного совета» пунктом о возможности изменения состава ОС в случаях ротации состава. Разработать порядок дополнительного ввода членов в состав ОС, но количество членов ОС не должно превышать утвержденной единицы кворума.

Показатель «Нормы об открытости информации о деятельности совета, в том числе обнародование ежегодного отчета о деятельности совета»

Ошибкой при задании норм положений стала неполнота описания.

Пример 9

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «п.6.9. Общественный совет ежегодно готовит доклад об итогах своей деятельности не позднее 01 февраля года, следующего за отчетным.

п.6.10. Анонсы, повестки, протоколы заседаний, решения Общественного совета, доклад Общественного совета об итогах своей деятельности размещаются на странице департамента на официальном портале органов государственной власти Ярославской области, в государственной информационной системе Ярославской области «Портал народного правительства Ярославской области» в специализированном разделе «Общественные советы» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Комментарий: Текст достаточен и корректен.

Пример 10

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: «п.5.8. Информация о деятельности отделения Совета размещается в сети Интернет. п.5.15. Председатель Отделения Совета ежегодно не позднее 31 января предоставляют председателю Совета ... отчет о выполнении плана работы».

Комментарий: Необходимо п.5.15. дополнить словами: отчет о проделанной работе публикуется в сети Интернет.

Пример 11

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «п.4.8. Копии протоколов заседаний Общественного совета (выписки из протоколов заседаний Общественного совета) направляются секретарем Общественного совета членам Общественного совета, ответственным за выполнение решений Общественного совета, а также по поручению председателя Общественного совета иным лицам и организациям в течение 5 рабочих дней со дня заседания Общественного совета».

Комментарий: Необходимо дополнить раздел «Организация деятельности Общественного совета» пунктом о предоставлении информации о отчетах работы ОС на интернет-порталах края.

Показатель «Возможность свободного участия в заседаниях совета членов референтных групп (входящих и не входящих в состав совета); если есть - способ».

Ошибкой при задании норм положений стала отсутствие пункта о проведении открытых заседаний.

Пример 12

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «п. 6.8. Заседания Общественного совета проводятся открыто, на них могут приглашаться граждане, представители органов государственной власти и заинтересованных организаций, средств массовой информации».

Комментарий: Текст достаточен и корректен.

Пример 13

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: «п.5.9. Председатель Совета принимает решения о создании на временной и постоянной основе рабочих и экспертных групп, комиссий с привлечением лиц, не являющихся членами Совета, для экспертной деятельности».

Комментарий: Необходимо внести в положение пункт о проведении открытых заседаний Общественного совета.

Пример 14

Документ: Положение об общественном совете при департаменте здравоохранения Воронежской области.

Фрагмент документа: «п. 4. Совет создает при необходимости экспертные группы, в том числе из числа лиц, не являющихся членами Совета, для осуществления возложенных на Совет функций».

Комментарий: Необходимо внести в положение пункт о проведении открытых заседаний Общественного совета.

Пример 15

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «4.2. Заседания Общественного совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал, и считаются правомочными, если на них присутствует не менее половины от общего числа его членов. Присутствие на заседании Общественного совета иных лиц, кроме членов Общественного совета, допускается с разрешения председателя Общественного совета».

Комментарий: Необходимо дополнить раздел «Организация деятельности Общественного совета» пунктом о порядке приглашения на заседания общественного совета референтных групп, не входящих в состав общественного совета.

Показатель «Вопросы, решение которых органом власти невозможно без предварительного обсуждения общественным советом».

Ошибкой при задании норм положений стала неполнота нормы.

Пример 16

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «6.4. Перечень вопросов, рассмотрение которых на заседаниях Общественного совета является обязательным:

- инициативы граждан Ярославской области, общественных объединений, организаций, органов государственной власти в сфере деятельности департамента;
- мнения граждан о деятельности департамента».

Комментарий: «Общественным советом утверждается перечень вопросов, которые должны рассматриваться только на заседаниях Общественного совета, проводимых в очной форме».

Пример 17

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «2.1.3. Анализ и оценка нормативно-правовых актов Российской Федерации, Красноярского края в сферах здравоохранения, лекарственного обеспечения, функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов;

2.1.5. Содействие Министерству в организации и развитии сотрудничества с иными организациями в сферах здравоохранения, лекарственного обеспечения, функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов;

2.2.1. Готовит предложения по вопросам реализации на территории края государственной политики в сферах здравоохранения, лекарственного обеспечения, функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов, в том числе:

по совершенствованию федерального и краевого законодательства в сферах здравоохранения, лекарственного обеспечения, функционирования, развития и

охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов;

по разработке целевых программ в сферах здравоохранения, лекарственного обеспечения, функционирования, развития и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов, программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, региональных программ научных исследований в сфере охраны здоровья;

разрабатывает предложения по повышению качества и доступности оказываемой гражданам медицинской помощи;

по взаимодействию Министерства с иными организациями, в том числе образовательными и научными, средствами массовой информации по вопросам, отнесенным к компетенции Министерства».

Комментарий: На предварительное обсуждение на общественный совет необходимо выносить следующие вопросы: перечень лекарственного обеспечения в рамках программы государственных гарантий, в том числе стандарты лечения и протокольные рекомендации лечения (основываться на обращениях граждан и учитывать интересы инвалидов и малоимущих слоев населения), перечень медицинских услуг стоматологии в рамках программы государственных гарантий.

Пример 18

Документ: Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия.

Фрагмент документа: «п.б. Совет для осуществления своей деятельности:

дает рекомендации Министерству здравоохранения Республики Хакасия о проведении совместных с Советом или самостоятельных мероприятий, способствующих реализации прав граждан на охрану здоровья;

приглашает на свои заседания представителей органов исполнительной власти Республики Хакасия, органов местного самоуправления, медицинских организаций;

создает при необходимости экспертные группы, в том числе из числа лиц, не являющихся членами Совета, для осуществления возложенных на Совет функций;

организует конференции и мероприятия, направленные на осуществление функций Совета».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Показатель «Обязательства органа власти перед общественным советом, например, сокращенные сроки ответов на запросы членов общественного совета; отчеты должностных лиц перед общественным советом; рассмотрение общественным советом ежегодных планов работы органа власти; обязанность сотрудников органа власти присутствовать на заседании совета по его приглашению, и др.»

Ошибкой стала неполнота нормы.

Пример 19

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: Норма в документе отсутствует.

Комментарий: Необходимо дополнить текст положения: «Общественный Совет на первом заседании должен быть ознакомлен Председателем (или его заместителем) органа исполнительной власти с ежегодным планом работы органа исполнительной власти. Сотрудники органа исполнительной власти могут

присутствовать на заседании совета. Должностные лица обязаны предоставлять ответы на вопросы Совета в соответствии с Федеральным законодательством, а в отдельных случаях, касающихся жизни и здоровья граждан в сокращенные сроки».

Пример 20

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: «п.5.6. В случае присутствия на заседании отделения Совета руководителя территориального органа РЗН по субъекту РФ, заседание может вести руководитель территориального органа по субъекту РФ».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Показатель «Фиксация статуса общественного совета как субъекта общественного контроля».

Ошибкой стала неполнота нормы.

Пример 21

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «п.2.2 анализ мнения граждан о деятельности департамента и доведение полученной в результате анализа обобщенной информации до директора департамента;

- обеспечение проведения независимой оценки качества работы государственных медицинских организаций Ярославской области, подведомственных департаменту (далее – медицинские организации);

- осуществление общественного контроля за деятельностью департамента».

Комментарий: Необходимо внести в положение ряд норм в соответствии с ФЗ Об основах общественного контроля в РФ.

Пример 22

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: Норма в тексте отсутствует.

Комментарий: Необходимо п.1.1. дополнить словами: «Отделение Совета является субъектом общественного контроля в сфере здравоохранения»

Пример 23

Документ: Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия.

Фрагмент документа: «Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия (далее - Совет) является совещательным органом, осуществляющим рассмотрение и выработку предложений по вопросам организации и оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, а также по вопросам повышения эффективности и безопасности медицинских технологий и медицинской продукции, совершенствования системы здравоохранения и государственной системы оказания медицинской помощи, расширения общественного контроля в сфере здравоохранения Республики Хакасия».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Показатель «Права общественного совета в целом, в том числе по осуществлению общественного контроля».

Ошибкой стала неполнота нормы.

Пример 24

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «3.1 проводит общественное обсуждение вопросов деятельности департамента;

- устанавливает порядок оценки качества работы медицинских организаций на основании определенных критериев эффективности их работы;

- организывает работу по выявлению, обобщению и анализу общественного мнения и рейтингов о качестве работы медицинских организаций, в том числе сформированных общественными организациями, профессиональными, пациентскими сообществами и иными экспертами».

Комментарий: Необходимо внести нормы по инициированию, организации и проведению форм общественного контроля в соответствии с ФЗ 212.

Пример 25

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: «п.2.4. Отделение Совета для осуществления своей деятельности и в пределах возложенных на него задач вправе:

- рекомендовать РЗН проведение совместных с Советом или самостоятельных мероприятий, способствующих реализации прав граждан на охрану здоровья и защиту прав пациентов

- создавать при необходимости рабочие, экспертные группы, комиссии, в том числе из числа лиц, не являющихся членами Совета, для решения возложенных на него задач и т. д. По тексту Положения».

Комментарий: Необходимо внести нормы по инициированию, организации и проведению форм общественного контроля в соответствии с ФЗ 212.

Пример 26

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «п. 4.5. Члены Общественного совета имеют право:

требовать проведения внепланового заседания Общественного совета;

вносить предложения по формированию повестки заседаний Общественного совета;

участвовать в работе Общественного совета;

выступать с докладами на заседаниях Общественного совета;

участвовать в обсуждении вопросов, включенных в повестку заседания Общественного совета, вносить по ним предложения;

знакомиться с документами и материалами по вопросам, вынесенным на обсуждение Общественного совета, на стадии их подготовки, вносить свои предложения;

знакомиться с обращениями граждан в связи с получением медицинской помощи на территории Красноярского края;

принимать меры, направленные на восстановление или защиту права гражданина на получение медицинской помощи на территории Красноярского края;

участвовать в работе совещаний и иных мероприятий, проводимых Министерством с разрешения министра здравоохранения Красноярского края.

в случае несогласия с принятым решением подготовить особое мнение по рассматриваемому вопросу в письменной форме, которое приобщается к соответствующему протоколу заседания Общественного совета».

Комментарий: Необходимо расширить перечень прав членов общественного совета; указать пунктом про организацию и участие в общественном контроле в рамках «Независимой системы оценки качества медико-социальных услуг в сфере здравоохранения».

Пример 27

Документ: Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия.

Фрагмент документа: «Решения Совета носят рекомендательный характер.

Основные принципы деятельности Совета - добровольность, гласность, законность, профессионализм Совет осуществляет следующие функции:

обсуждение нормативных правовых актов Российской Федерации, Правительства Республики Хакасия, Министерства здравоохранения Республики Хакасия, регулирующих отношения в сфере защиты прав пациентов;

подготовку предложений и рекомендаций по вопросам организации и оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, повышения эффективности и безопасности медицинских технологий и медицинской продукции, совершенствования системы здравоохранения и государственной системы оказания медицинской помощи, расширения общественного контроля в сфере здравоохранения Республики Хакасия».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Показатель «Права членов общественного совета (например, право на фиксацию особого мнения члена совета при голосовании)».

Ошибкой стало отсутствие или неполнота нормы.

Пример 28

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: Норма в тексте отсутствует.

Комментарий: Необходимо ввести норму о праве на фиксацию особого мнения члена совета при голосовании: «Член Совета вправе высказать особое мнение при голосовании, что должно быть зафиксировано в протоколе».

Пример 29

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю.

Фрагмент документа: «п.4.1. Член Отделения Совета имеет право:

-в инициативном порядке готовить и направлять в Совет аналитические записки, доклады, и другие материалы».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Пример 30

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Фрагмент документа: «4.5. Члены Общественного совета имеют право:

- в случае несогласия с принятым решением подготовить особое мнение по рассматриваемому вопросу в письменной форме, которое приобщается к соответствующему протоколу заседания Общественного совета».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Пример 31

Документ: Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия.

Фрагмент документа: «В инициативном порядке готовить аналитические записки, доклады, другие информационно-аналитические документы и вносить предложения о их рассмотрении на очередном заседании Совета;

вносить через сопредседателей Совета предложения в план работы Совета и порядок проведения его заседаний;

вносить предложения по кандидатурам приглашаемых на заседания Совета лиц».

Комментарий: Текст корректен и достаточен.

Показатель «Обязанности общественного совета в целом и его членов в отдельности, в том числе по осуществлению общественного контроля».

Пример 32

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «3.3. Члены Общественного совета обязаны:

- принимать личное участие в работе Общественного совета, а также рабочих групп, членами которых они являются, в иных мероприятиях, проводимых Общественным советом;

- выполнять поручения, принятые на заседании Общественного совета, рабочих групп либо данные председателем Общественного совета;

- информировать председателя Общественного совета о невозможности присутствовать по уважительной причине на заседании Общественного совета».

Комментарий: «Общественный Совет организует мероприятия по общественному контролю согласно плана, в котором определена персональная обязанность членов совета по проведению данного контроля».

Показатель «Перечни вопросов, решаемых исключительно на очных заседаниях совета».

Показатель «Процедура заочных опросов членов совета для принятия решения»

Ошибкой стало отсутствие нормы.

Показатель «Полномочия председателя совета»

Данная норма не вызывает сложностей.

Пример 33

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «4.6. Председатель Общественного совета:

- избирается членами Общественного совета из числа членов Общественного совета на его первом заседании, если за него проголосовало более половины от общего числа членов Общественного совета;

- организует деятельность Общественного совета, ведет заседания Общественного совета, распределяет обязанности между членами Общественного совета, осуществляет контроль за исполнением решений Общественного совета;
- формирует повестку заседаний Общественного совета на основании предложений членов Общественного совета;
- подписывает протоколы заседаний и иные документы Общественного совета».

Комментарий: Текст достаточен и корректен.

Пример 34

Документ: Положение Общественного Совета при Территориальном органе Росздравнадзора по Красноярскому краю.

- Фрагмент документа: «4.3. Председатель Общественного совета: назначает дату, время и место проведения заседаний Общественного совета по согласованию с министром здравоохранения Красноярского края; утверждает повестку заседания Общественного совета; руководит заседанием Общественного совета; распределяет обязанности между членами Общественного совета; подписывает протоколы заседаний Общественного совета и иные документы, подготовленные Общественного совета; пользуется правами члена Общественного совета наравне с другими членами Общественного совета».

Комментарий: Текст достаточен и корректен.

Пример 35

Документ: Положение о Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Хакасия.

- Фрагмент документа: «п.18 Сопредседатели Совета: осуществляют общее руководство деятельностью Совета, ведут заседания Совета; на основе предложений членов Совета готовят планы работы Совета, изменения в планы работы Совета и представляют их на утверждение Совета; организуют заседания Совета; утверждают повестку дня заседания Совета; подписывают предложения и рекомендации Совета, протоколы и иные документы Совета; определяют время и место проведения заседаний Совета; в рамках деятельности Совета дают поручения членам Совета; подписывают запросы, рекомендации, предложения от имени Совета; осуществляют иные функции, необходимые для обеспечения деятельности Совета».

Комментарий: Текст достаточен и корректен.

Показатель «Требования к этике поведения членов совета»

Ошибкой стало отсутствие или неполнота нормы.

Пример 36

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «3.4. Члены Общественного совета не вправе:

- делегировать свои полномочия другим лицам;

- уклоняться без уважительных причин от участия в заседаниях Общественного совета, заседаниях образованных Общественным советом рабочих групп, членами которых они являются;
- разглашать сведения конфиденциального характера, которые станут им известны в связи с исполнением полномочий члена Общественного совета;
- вмешиваться в оперативную, распорядительную и административно-хозяйственную деятельность департамента;
- использовать свою деятельность в Общественном совете в интересах политических партий, коммерческих и некоммерческих организаций, а также в личных интересах.

5.2. Полномочия члена Общественного совета досрочно прекращаются в случаях:

- систематического неучастия (более 3 раз подряд) без уважительной причины в заседаниях Общественного совета».

Комментарий: Текст достаточен и корректен.

Пример 37

Документ: Положение об Отделении Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Краснодарскому краю

Фрагмент документа: «п.4.2. Член Отделения Совета обязан

- не вмешиваться в непосредственную деятельность органов государственной власти, органов местного самоуправления, медицинских и других организаций».

Комментарий: Необходимо внести пункты к этике поведения членов совета на заседаниях.

Показатель «Требования к этике поведения членов совета».

Ошибкой стало отсутствие нормы.

Пример 38

Документ: Способы разрешения конфликтных ситуаций.

Фрагмент документа: Норма отсутствует.

Комментарий: Необходимо ввести норму: «Члены Общественного совета обязаны ежегодно до 30 апреля информировать председателя Общественного совета и руководителя федерального органа исполнительной власти (в письменной форме) об отсутствии у них конфликта интересов, а новые члены Общественного совета - при их включении в состав Общественного совета.

В случае возникновения у члена Общественного совета личной заинтересованности, которая приводит или может привести к конфликту интересов, либо при возникновении ситуации оказания воздействия (давления) на члена Общественного совета, связанного с осуществлением им своих полномочий, член Общественного совета обязан в кратчайшие сроки проинформировать об этом в письменной форме председателя Общественного совета, а председатель Общественного совета - Общественную палату Ярославской области и Руководителя органа исполнительной власти.

Председатель Общественного совета принимает меры по предотвращению и/или урегулированию конфликта интересов у членов Общественного совета, в том числе по досрочному прекращению полномочий с члена Общественного совета, являющегося стороной конфликта интересов».

Показатель «Процедуры инициирования и проведения мероприятий общественного контроля (в различных его формах), в том числе принятия решений по результатам общественного контроля».

Ошибкой стало отсутствие или неполнота нормы.

Пример 39

Документ: Положение об Общественном совете при департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области.

Фрагмент документа: «6.4. Перечень вопросов, рассмотрение которых на заседаниях Общественного совета является обязательным:

- инициативы граждан Ярославской области, общественных объединений, организаций, органов государственной власти в сфере деятельности департамента;
- мнения граждан о деятельности департамента».

Комментарий: «Мероприятия общественного контроля определяются планом, утвержденном на заседании Совета. Внеплановые мероприятия общественного контроля могут осуществляться на основании заявления граждан или органов государственной власти.»

Результаты данных мероприятий доводятся до органа государственной власти. Принятые решения по результатам общественного контроля публикуются на официальном сайте органа исполнительной власти».

4.5. Методики правового общественного контроля социально ориентированных НКО в сфере здравоохранения

В данном разделе приведены методический инструмент методик правового общественного контроля, которые могут применяться социально ориентированными некоммерческими организациями и ссылки на нормативные документы, регулирующие их применение.

Данные методики были разработаны экспертами Всероссийского союза пациентов в ходе реализации программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты».

В ходе программы методикам были обучены представители более 120 НКО – участников программы. В настоящий момент активисты общественных организаций применяют их на практике в ходе правовой поддержки населения. Параллельно участники программы разрабатывают собственные методики в рамках освоенного в ходе обучения алгоритма их проектирования в рамках существующего законодательства.

Пример 1.

Оценка размещения информации в холле медицинской организации

Методика создана на основании документов:

Приложение № 4 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543 «Правила организации деятельности регистратуры поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)»;

Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Методика может быть реализована в форме общественной проверки или в форме общественного мониторинга. При реализации методики в форме общественного мониторинга методика должна быть дополнена структурой для систематизации информации.

**Таблица 28. Лист наблюдений за размещением информации в холле
медицинской организации**

Информация	Подход к стенду с информацией свободный	Информация прочитывается без усилий ¹⁶	Имеется свободный доступ к полному тексту документа ¹⁷	Информация отсутствует
Информация об организации				
Наименование				
Адрес места нахождения юридического лица				
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица / Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года				
Лицензия на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа)				
Контакты органов власти, страховых компаний, ближайшей аптеки, центра здоровья				
Адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан				
Адреса и телефоны территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и				
Адреса и телефоны территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека				
Адреса и телефоны страховой компании / страховых компаний на отдельных стендах				
Адреса и телефоны страховой компании / страховых компаний на одном стенде				
Адреса ближайших аптек				
Адрес ближайшего центра здоровья				
Режим работы, расписание				
Режим работы медицинской организации				

¹⁶ Текст размещен примерно на уровне глаз, размер кегля достаточный для прочтения без усилий.

¹⁷ Текст документа полностью представлен на стенде или размещен в кармане, но при этом его можно свободно вынуть и положить обратно.

Информация	Подход к стенду с информацией свободный	Информация прочитывается без усилий ¹⁶	Имеется свободный доступ к полному тексту документа ¹⁷	Информация отсутствует
Режим работы лабораторий с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы кабинетов с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы центра здоровья с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы дневного стационара с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Режим работы иных подразделений медицинской организации с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений				
Время приема врачей всех специальностей				
График работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг				
Время и место приема населения руководителем медицинской организации и его заместителями				
Правила и порядки				
Правила вызова врача на дом				
Порядок предварительной записи на прием к врачам				
Правила подготовки к исследованиям				
Платные услуги				
Перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты				
Порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой				
Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг: Ф.И.О., уровень профессионального образования и квалификации				

Извлечения из документов, на базе которых создавалась методика
Правила организации деятельности регистратуры поликлиники
(врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины))
(Приложение № 4
к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи
взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н)
(извлечения)

5. Для осуществления своих задач регистратура организует и осуществляет:
- информирование населения о времени приема врачей всех специальностей, режиме работы лабораторий, кабинетов, центра здоровья, дневного стационара и иных подразделений медицинской организации, в том числе субботу и воскресенье, с указанием часов приема, расположения и номеров кабинетов помещений;
 - информирование о правилах вызова врача на дом, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения руководителем медицинской организации и его заместителями; адресах ближайших аптек, ближайшего центра здоровья, в зоне ответственности которого находится данная медицинская организация;
 - информирование о правилах подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализам крови, желудочного сока и др.);

Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг
(утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 4
октября 2012 г. N 1006) (извлечения)

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

11. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование (если имеется);

для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество (если имеется);

б) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

12. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

Пример 2. Оценка сайта медицинской организации

Методика создана на основании документов:

Приложение № 1к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 956н «Информация, предоставляемая медицинскими организациями, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»

Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Методика может быть реализована в форме общественной проверки или в форме общественного мониторинга. При реализации методики в форме общественного мониторинга методика должна быть дополнена структурой для систематизации информации.

Таблица 29. Лист наблюдения за сайтом медицинской организации

1.	Название медицинской организации (далее – МО)	
2.	Адрес сайта медицинской организации	
3.	Дата заполнения листа наблюдений	
4.	Ф.И.О. лица, заполнявшего лист наблюдений	
5.	Контактный телефон лица, заполнявшего лист наблюдений	
6.	Электронная почта лица, заполнявшего лист наблюдений	

Лист составлен на основании Приложения 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 г. N 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и

медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Инструкция

Заполните таблицы А-Е, отметив в каждой строке таблицы вариант или варианты ответа, соответствующие обнаруженному на сайте медицинской организации.

Если Вы испытываете затруднения при заполнении той или иной строки, не заполняйте ее без предварительной консультации с ответственным лицом.

В случае затруднений обращайтесь по тел. 8-..... или по адресу электронной почты ...@... к [Ф.И.О. ответственного лица].

Таблица А. Общие сведения о медицинской организации

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню		Во вкладке с контактной информацией		Иное место размещения (указать, какое именно)	Не обнаружено
	В тексте	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику		
1.1. Полное наименование МО								
1.2. Место нахождения МО								
1.3. Место нахождения подразделений МО								
1.4. Почтовый адрес МО с индексом								
1.5. Почтовый адрес МО без индекса								
1.6. Дата государственной регистрации МО								
1.7. Сведения об учредителе (учредителях) МО								
1.8. Режим (время) / график работы МО								
1.9. Режим (время) / график работы подразделений МО								
1.10. Режим (время) / график работы администрации МО								
1.11. График приема граждан руководителем МО и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты								
1.12. График приема граждан руководителем МО и иными уполномоченными лицами без указания телефона или адреса электронной почты								
1.13. Контактные телефоны администрации МО								
1.14. Контактные телефоны подразделений МО								

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню		Во вкладке с контактной информацией		Иное место размещения (указать, какое именно)	Не обнаружено
	В тексте	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику		
1.15. Телефоны регистратуры / справочной службы МО								
1.16. Адрес электронной почты МО								

Таблица Б. Сведения об органах власти, контролирующих органах, страховой медицинской организации

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню		Во вкладке с информацией для пациентов		Иное место размещения (указать, какое именно)	Не обнаружено
	В тексте	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику		
2.1. Адрес [органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]								
2.2. Контактный телефон [органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья]								
2.3. Адрес [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения]								

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню		Во вкладке с информацией для пациентов		Иное место размещения (указать, какое именно)	Не обнаружено
	В тексте	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику	Без дополнительных кликов	По одному клику		
2.4. Контактный телефон [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения]								
2.5. Адрес [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека]								
2.6. Контактный телефон [территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека]								
3.1. Название страховой медицинской организации, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (или нескольких организаций)								
3.2. Адрес страховой медицинской организации								
3.3. Контактный телефон страховой медицинской организации								
3.4. График работы страховой медицинской организации								

Таблица В. Сведения о структуре управления, контактные данные медицинской организации

Информация	Картинка / схема / текст на главной странице		Гиперссылка с главной страницы		Картинка / схема / текст на странице с информацией об организации		Гиперссылка со страницы с информацией об организации		Картинка / схема / текст на странице с контактной информацией		Гиперссылка со страницы с контактной информацией		Иное (укажите, что именно)	Не обнаружено
	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом				
1.17. Схема проезда														
1.18. Структура организации														
1.19. Органы управления организацией														
1.20. Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг														

Таблица Г. Ссылки на НПА, потребительская информация

Информация	Картинка / схема / текст на главной странице		Гиперссылка с главной страницы		Картинка / схема / текст на странице с информацией об организации		Гиперссылка со страницы с информацией об организации		Картинка / схема / текст на странице с контактной информацией		Гиперссылка со страницы с информацией для пациентов		Иное (укажите, что именно)	Не обнаружено
	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом						
4.1. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья														

Информация	Картинка / схема / текст на главной странице		Гиперссылка с главной страницы		Картинка / схема / текст на странице с информацией об организации		Гиперссылка со страницы с информацией об организации		Картинка / схема / текст на странице с контактной информацией		Гиперссылка со страницы с информацией для пациентов		Иное (укажите, что именно)	Не обнаружено
	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом						
4.2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»														
5.1. Электронный образ лицензии на осуществление медицинской деятельности														
5.2. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности														
5.3. Виды медицинской помощи (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) указаны по МО в целом														
5.4. Виды медицинской помощи (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) указаны по отделениям МО и присутствует для всех отделений														
5.5. Виды медицинской помощи (первичная, специализированная, скорая, паллиативная) указаны по отделениям МО и присутствует не для всех отделений														
5.6. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи														
5.7. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи														
5.8. Показатели доступности и качества медицинской помощи, установленных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год														
5.9. О сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения														
5.10. Правила записи на первичный прием/консультацию/обследование														
5.11. О правила подготовки к диагностическим исследованиям														

Информация	Картинка / схема / текст на главной странице		Гиперссылка с главной страницы		Картинка / схема / текст на странице с информацией об организации		Гиперссылка со страницы с информацией об организации		Картинка / схема / текст на странице с контактной информацией		Гиперссылка со страницы с информацией для пациентов		Иное (укажите, что именно)	Не обнаружено
	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом	На картинку / схему / текст	На файл с картинкой / схемой / текстом				
5.12. Правила и сроки госпитализации														
5.13. Правила предоставления платных медицинских услуг														
5.14. Перечень оказываемых платных медицинских услуг														
5.15. Цены (тарифы) на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов)														
5.16. Цены (тарифы) на медицинские услуги (без приложения электронного образа документов)														
7.1. Вакантные должности														
8.1. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения														
9.1. Перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей														
10.1. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций														
11.1. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по														

<i>Информация</i>															
		<i>Картинка / схема / текст на главной странице</i>													
		<i>На картинку / схему / текст</i>	<i>Гиперссылка с главной страницы</i>												
		<i>На файл с картинкой / схемой / текстом</i>													
		<i>Картинка / схема / текст на странице с информацией об организации</i>													
		<i>На картинку / схему / текст</i>	<i>Гиперссылка со страницы с информацией об организации</i>												
		<i>На файл с картинкой / схемой / текстом</i>													
		<i>Картинка / схема / текст на странице с контактной информацией</i>													
		<i>На картинку / схему / текст</i>	<i>Гиперссылка со страницы с информацией для пациентов</i>												
		<i>На файл с картинкой / схемой / текстом</i>													
		<i>Иное (укажите, что именно)</i>													
		<i>Не обнаружено</i>													
	<i>рецептам врачей бесплатно</i>														
	<i>11.2. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой</i>														
	<i>12.1. Отзывы потребителей услуг</i>														

Таблица Д. Сведения о сотрудниках

<i>Категории медицинских работников</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Должность</i>	<i>Сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация)</i>		<i>Сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия)</i>		<i>График работы</i>	<i>Часы приема</i>	<i>Информация дана по всем работникам категории</i>	<i>Информация дана по отделениям</i>
			<i>Полные</i>	<i>Неполные</i>	<i>Полные</i>	<i>Неполные</i>				
<i>6.1. Руководители</i>										

отделений										
6.2. Медицинские работники высшего звена										
6.3. Медицинские работники среднего звена										
6.4. Медицинские работники младшего звена			-	-	-	-		-		

Таблица Е. Сведения о бесплатной медицинской помощи

Информация	На главной странице		Во вкладке с информацией об организации с горизонтального или вертикального меню	Во вкладке с информацией для пациентов	Иное место размещения (указать, какое именно)	Информация адаптирована для восприятия пациентов	Не обнаружено
	В тексте	По одному клику					
5.17. указано на возможность получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи							
5.18. описан порядок оказания бесплатной медицинской помощи							
5.19. указан объем оказания бесплатной медицинской помощи							
5.20. перечислены условия оказания бесплатной медицинской помощи							

*Извлечения из документов, на базе которых создавалась методика
Информация, предоставляемая медицинскими организациями, необходимая для
проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими
организациями
(Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской
Федерации от 30 декабря 2014 г. № 956н. Извлечения)*

На официальных сайтах медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") размещается следующая информация, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями:

- 1) о медицинской организации:

полное наименование, место нахождения, включая обособленные структурные подразделения (при их наличии), почтовый адрес, схема проезда;
дата государственной регистрации, сведения об учредителе (учредителях);
структура и органы управления;
режим и график работы;
правила внутреннего распорядка для потребителей услуг;
контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты;

график приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты;

2) об адресах и контактных телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

3) о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

4) о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья;

5) о медицинской деятельности медицинской организации:

о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образа документов);

о видах медицинской помощи;

о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год;

о сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и имеющей прикрепленное население;

о правилах записи на первичный прием/консультацию/обследование;

о правилах подготовки к диагностическим исследованиям;

о правилах и сроках госпитализации;

о правилах предоставления платных медицинских услуг;

о перечне оказываемых платных медицинских услуг;

о ценах (тарифах) на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов);

б) о медицинских работниках медицинской организации, включая филиалы (при их наличии):

фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность;

сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация);

сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия);

график работы и часы приема медицинского работника;

7) о вакантных должностях;

8) о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;

9) о перечне лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

10) о перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;

11) о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

12) об отзывах потребителей услуг;

13) иная информация, которая размещается, публикуется по решению учредителя и (или) руководителя медицинской организации и (или) размещение, опубликование которой являются обязательными в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006. Извлечения)

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

11. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование (если имеется);

для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество (если имеется);

б) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую

деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Пример 3. Экспертиза положений (проектов), регламентирующих деятельность общественных советов

Методика экспертизы разработана с учетом норм Федерального закона «Об основах общественного контроля в РФ» и положений Стандарта деятельности общественных советов при федеральных органах исполнительной власти (типового положения), утвержденного протоколом заседания правительственной комиссии по координации деятельности открытого правительства № 4 от 29.05.2014 г.

Стандарт деятельности общественного совета может использоваться в ходе экспертизы в качестве модельного документа для сравнения с экспертируемым положением.

Критерии оценки положения (проекта), регламентирующего деятельность общественного совета: возможность учета интересов референтной группы (то есть группы, на решение которой направлена деятельность органа власти и совета при нем) в деятельности органа власти посредством общественного совета; соответствие статуса общественного совета требованиям федерального законодательства; полнота регламентации процедур работы совета; непротиворечивость документа; реалистичность документа; состав совета (в том числе полнота представительства в нем представителей общественных формирований в сфере деятельности соответствующего органа власти, возможность ротации и привлечения к работе совета экспертов из числа не входящих в его состав целевых групп в сфере деятельности совета). Каждый из этих критериев раскрывается ответами на ряд вопросов. Эти вопросы приведены в таблице ниже. Для подготовки экспертного заключения таблицу необходимо заполнить. Экспертное заключение может иметь табличную форму. В этом случае заполненная таблица озаглавляется «Итоговый документ общественной экспертизы Положения об общественном совете при ... (название органа власти)» и подписывается лицами, проводившими экспертизу.

Таблица. Инструмент

	<i>Вопрос экспертизы</i>	<i>Ответ на вопрос (да/нет/частично)</i>	<i>экспертизы</i> <i>Норма в действующем положении, подтверждающая ответ «да» или «частично» на вопрос (цитата с указанием номера статьи/пункта)</i>	<i>Предложение по изменению/дополнению статьи/пункта</i>
1.		2.	3.	4.
Критерий «Возможность учета интересов референтной группы в деятельности органа власти посредством общественного совета»				
1.	Есть ли в положении возможность включения в состав совета независимых от органов власти представителей референтных групп (например, посредством процедуры самовыдвижения)?			
2.	Есть ли в положении нормы об открытости информации о начале процедуры формирования общественного совета? (в том числе изменения состава (ротации, перевыборов).			
3.	Содержит ли положение нормы об открытости информации о деятельности совета, в том числе обнародование ежегодного отчета о деятельности совета?			
4.	Есть ли в положении возможность свободного участия в заседаниях совета членов референтных групп? (входящих и не входящих в состав совета)? Каким образом обеспечивается это участие?			
Критерий «Соответствие статуса общественного совета требованиям федерального законодательства»				
5.	Есть ли в положении перечень вопросов, решение которых органом власти невозможно без предварительного			

	обсуждения общественным советом?			
6.	Есть ли в положении обязательства органа власти перед общественным советом, например, сокращенные сроки ответов на запросы членов общественного совета; отчеты должностных лиц перед общественным советом; рассмотрение общественным советом ежегодных планов работы органа власти; обязанность сотрудников органа власти присутствовать на заседании совета по его приглашению, и др.?			
7.	Отражен ли в положении в соответствии с п. 1 ст. 9 ФЗ «Об основах общественного контроля в РФ» статус общественного совета как субъекта общественного контроля?			
8.	Определены ли в положении права общественного совета в целом, в том числе по осуществлению общественного контроля?			
9.	Определены ли в положении права членов общественного совета (например, право на фиксацию особого мнения члена совета при голосовании)?			
10.	Определены ли в положении обязанности общественного совета в целом и его членов в отдельности, в том числе по осуществлению общественного контроля?			
Критерий «Полнота регламентации процедур работы совета и его функций»				
11.	Определены ли перечни вопросов, решаемых исключительно на очных заседаниях совета?			
12.	Определена ли возможность и процедура заочных опросов членов совета для принятия решения?			
13.	Определены ли исчерпывающе полномочия председателя совета?			
14.	Не являются ли полномочия председателя чрезмерно широкими?			
15.	Определены ли в положении требования к этике поведения членов совета?			
16.	Определены ли способы разрешения конфликтных ситуаций?			
17.	Определены ли процедуры инициирования и проведения мероприятий общественного контроля (в различных его формах), в том числе			

	принятия решений по результатам общественного контроля?			
Критерий «Непротиворечивость документа»				
18.	Присутствуют ли в положении нормы, противоречащие друг другу (например, установлено, что заседания совета являются открытыми, а в другом пункте сказано, что председатель совета рассматривает заявления желающих принять участие в заседании)?			
19.	Присутствуют ли в положении нормы, противоречащие законодательству об общественном контроле?			
Критерий «Реалистичность документа»				
20.	Выполнимы ли на практике процедуры, предусмотренные положением (например, принятие решения исключительно единогласным голосованием является нереалистичной процедурой)?			

4.6. Успешные практики правовой работы социально ориентированных НКО в рамках общественного контроля

Воронежская область

Общая характеристика ситуации

Регион находится в центральной части страны. В регионе есть активные лидеры пациентского движения (региональное отделение МОО «Российская Диабетическая Ассоциация» и региональное отделение ООИИ-БРС) и активный Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора, но закрытый Департамент здравоохранения, в котором после смены руководства в 2012 году изменилась общая политика и характер взаимодействия с общественностью.

Каналы получения информации:

- От подопечных:

Малочисленные организации с подопечными находятся в тесной связке (МОО «Помощь больным с муковисцидозом» — 30 человек в регионе).

Крупные организации с развитой системой управления используют опросные методы для оперативного получения информации. Анкетирование больных — выборочный обзвон (2-3 раза в год) по актуальному вопросу (распространенность какой-то проблемы или актуальность потребности (доступность записи к узким специалистам, потребность в реабилитации), рейтинг поликлиник города для выступления на конференции и др.

- От врачей:

У регионального отделения ООИИ-БРС в силу давней широкой деятельности и известности организации с врачами тесное взаимодействие, хороший контакт и партнерство с главным неврологом области (приглашает выступать на профильные конференции и проч.).

Для МОО «Помощь больным муковисцидозом» в силу специфики заболевания, отсутствия в среде врачей знаний о его специфике и предвзятого отношения проблема отсутствия контакта с врачами продолжает оставаться острой. В то же время с момента основания организации разъяснительная работа с врачами стоит в числе первоочередных задач, и определенные подвижки здесь есть. В Воронеже только что созданный Центр для больных муковисцидозом начал работу с врачами (*«руководитель центра ездит по поликлиникам, встречается с педиатрами, рассказывает просто об этом заболевании»*).

- С аптечными складами, со страховыми компаниями тесное взаимодействие (аптечные склады дают полную информацию по препаратам, ФОМС помог с отстаиванием в министерстве права на бесплатное томографическое обследование)
- С Департаментом отношения формальные. Формализм в работе — отличительная черта Департамента здравоохранения области («с самим руководством департамента здравоохранения сложно находить точки соприкосновения, а вот с простыми сотрудниками проще: у заместителя департамента несколько месяцев добивалась замены препарата у больного, потом сама пошла в фармотдел и быстро все решила, в обход головных лиц»).

Направления общественного контроля

Общественный мониторинг

Мониторинг региональное отделение ООИ-БРС проводит по собственной инициативе. У мелких организаций, число подопечных которых не превышает 50 чел., потребности в мониторинге как специальной процедуре нет (все на виду).

Независимая оценка качества медицинских услуг осуществляется общим Советом при Департаменте здравоохранения. На сайте Департамента есть отдельная вкладка по независимой оценке, где опубликован рейтинг медучреждений.

Общественные проверки

Проверки — в рамках независимой оценки качества медицинских услуг. Этот процесс осуществляет Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора совместно с Департаментом здравоохранения при патронаже губернатора области. Проверка осуществляется волнами по разным медицинским учреждениям и включает в себя выезд в учреждение, анкетирование и инспектирование с написанием заключения.

Региональное отделение ООИ-БРС и МОО «Помощь больным муковисцидозом» принимали участие в этой оценке. Обе организации убеждены, что эта работа инициирована губернатором области. Обе принимали участие в обсуждении результатов проверки на заседании Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора.

Проблема — отсутствие подготовленных экспертов для проведения проверок. Участники интервью говорили, что ввиду необходимости большого количества «ревизоров» при массовых проверках, возникает ситуация появления «случайных людей» не из числа пациентских НКО, которая ставит под сомнение качество собранных анкет и выдаваемых заключений.

Общественная экспертиза

Экспертиза — развитие этого направление деятельности тормозит незаинтересованность органов исполнительной власти в общественной экспертизе, которая будет вскрывать острые проблемы и требовать их решения (переполненность больниц, отсутствие социальных коек и проч.). Инициативы Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора не находят поддержки у Департамента здравоохранения области.

Общественные обсуждения

За последние два года активность в организации общественных площадок в области падает. Инициативы активистов-общественников натываются на тихий саботаж нового руководства Департаментом здравоохранения. Департамент реже выходит на общественные площадки и не инициирует собственные, как прежде (*«Они с удовольствием участвуют в каких-то благотворительных акциях, а нужных, как-то вот все избегают... приходят все реже и реже, присылают не тех, кто нужен»*).

Обе организации входят в Общественный совет при Общественной палате — общественные обсуждения проходят на этой площадке.

*Общественные советы в сфере здравоохранения *
Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора

В совете доля пациентских НКО невелика, но это костяк активных пациентских НКО области — ОООИ-БРС, МОО «РДА», МОО «Помощь больным муковисцидозом». Все три организации инициируют злободневные темы, получают помощь.

Регулярные заседания 4-5 раз в год (на сайте 1 протокол за 2014 г.). Активные обсуждения острых вопросов с приглашением компетентных лиц и оперативный поиск вариантов решения проблем.

Оценка деятельности Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора высока: *«это единственный орган, который может действительно что-то решить и наладить»*.

Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора тесно взаимодействует с Губернатором области. Все резолюции заседаний совета кладутся на стол Губернатору. Именно от Губернатора шла инициатива решения о структурных перестановках по результатам проверок медицинских учреждений (увольнение двух главврачей).

Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора является для пациентских НКО хорошим каналом получения информации по законодательным изменениям, новым формам услуг (*«о повсеместной диспансеризации населения мы узнали раньше врачей и начали широкую кампанию информирования своих»*).

Общественный совет при Министерстве здравоохранения

До смены руководства в 2012 г. при Департаменте существовал аналог общественного совета — постоянно действующий круглый стол с заседаниями раз в квартал, на которых у общественности была возможность озвучивать и решать проблемы.

При Министерстве действует «общий» Совет: 11 членов, 3 пациентских НКО (ОООИ «Всероссийское общество слепых», ООИ «Всероссийское общество глухих» и «Всероссийское общество гемофилии»), председатель — руководитель регионального отделения ОООИ «Всероссийское общество слепых». О деятельности Совета известно лишь по данным сайта Департамента: протоколы публикуются регулярно, Совет занимается независимой оценкой качества медицинских услуг. Пациентские НКО, не входящие в Совет, на заседания не приглашаются, к независимой оценке привлекаются через Общественный совет по защите прав пациентов при ТО Росздравнадзора.

Создание «пациентского» Совета при Департаменте было инициировано руководителем регионального отделения ОООИ-БРС. Председатель Совета — руководитель Департамента. В составе Совета 15 членов, 6 пациентских организаций, в числе которых МОО «РДА», ОООИ-БРС, МОО НП «НЕФРО-ЛИГА», «Всероссийское общество гемофилии», МОО «Помощь больным муковисцидозом») во главе с руководителем Департамента. Пациентские организации не раз поднимали вопрос о начале работы. На официальный запрос в Департамент был получен ответ об ожидаемом новом положении о Совете в соответствии с новым законом (*«давайте подождем это изменение структуры»*). Фактически Совет, со слов информантов, не собирался ни разу.

Условия жизнеспособности общественных советов:

- Наличие лидера — важное условие жизнеспособности общественного совета (*«Если лидер попадает на общественный совет, то он ведет за собой, а если нет лидера, или руководитель совета не заинтересован, то тогда все, ничего не происходит...»*).
- Действенный состав совета: преобладание в составе активных общественных организаций и оставление за чиновниками из министерства канцелярских функций (ведение протокола, рассылка приглашений, размещение резолюций на сайте, решение организационных вопросов).
- Наличие сплоченного «костяка» общественных организаций.

Ростовская область

Общая характеристика региона

Регион пограничный к Украине. Достаточно активен в развитии общественных инициатив: общественные советы действуют с 2013 г. при медицинских учреждениях, при муниципалитетах, при Городском управлении здравоохранения г. Ростов-на-Дону, при Министерстве здравоохранения Ростовской области; в одном только Ростове более 150 человек представляют разные общественные советы.

Каналы получения информации:

Региональное отделение МОД «Движение против рака» — горячая телефонная линия как самого НКО (мобильный телефон председателя), так и Общественного совета при Городском управлении здравоохранения, г. Ростов-на-Дону (с 2015 г. мобильный телефон Общественного совета будет поочередно выдаваться членам Совета), врачи (тесное взаимодействие с онкодиспансером, участие врачей в школах), фармацевтическое управление Министерства (присутствие на заседаниях, распространение телефона горячей линии «аптекоуправления» среди больных)

Ростовская Региональная благотворительная общественная организация инвалидов «Союз РС» — в Ростове региональное отделение возглавляет врач — с момента становления организация тесно взаимодействует с врачами. Каналы получения информации:

- прямые обращения в организацию,
- патронажные сестры — представители фармкомпаний (*«кладезь живой информации... они постоянно перенаправляют больных к нам, дают телефон, помогают собирать школы»*),
- школы пациентов (*«иногда я говорю, что решили проблему, и народ тут же подсказывает — на таких собраниях все всплывает»*),
- опросы по актуальным темам,
- врачи — канал информации от больных (врач их видит на ежедневных приемах), информации о специфике необходимой помощи и возникающих в ходе ее оказания проблемах (*«врачи для нас источник информации, двигатель и мотиватор... объясняют нам суть стандартов лечения»*). Очевидно, что от врачей можно получить не всю информацию: информация об условиях оказания лечения получается, прежде всего, от самих больных.

Тесное взаимодействие с врачами позволяет быстро идентифицировать и решить проблему (*«на приеме она может сразу дать мой телефон, если проблема не ее плана... я могу позвонить ей за разъяснениями»*).

- Министерство здравоохранения — взаимодействие рабочее, обе стороны

обращаются друг к другу при необходимости, слышат друг друга, при невозможности решить вопрос на местном уровне совместно обращаются в федеральные органы власти.

- Аптечные склады — в Ростове один оптовый склад, ответственный за выдачу препаратов по рассеянному склерозу. Ежеквартально информация по остаткам препаратов передается в РРБООИ «Союз РС».

Министерство здравоохранения Ростовской области единственное в РФ вывешивает информацию по остаткам препаратов на сайт.

Изначально информация по остаткам была закрыта как «*коммерческая тайна*». Взаимодействие с юристами министерства и разъяснение спорных вопросов решило проблему доступа к этим данным.

Налаживание взаимодействия с Министерством шло постепенно, с 2007 года. На начальном этапе взаимодействия не было и основным механизмом работы с Министерством было «забрасывание письмами». Последние полтора-два года, с 2012 года, взаимодействие становится более конструктивное, партнерское.

Взаимодействие с пациентскими НКО

Взаимодействие очень тесное: главврач областной детской больницы, главный невролог области и другие ведущие специалисты участвуют в выездных районных школах пациентов (рассеянный склероз, ДЦП, сахарный диабет), в профильных праздниках по заболеваниям (День детей с ДЦП, неделя диабета и др.), участвуют в распространении информационных материалов от НКО, конференции и др.).

Председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения при формировании заявок на лекарства опирается на информацию от руководителей профильных НКО («они у нас эксперты в данном вопросе, помогают сформировать заявку»).

Взгляд на значение взаимодействия с НКО

Врачи используют НКО как посредников при общении с пациентами

- Предотвращение конфликтных ситуаций при отмене препарата (рассеянный склероз),
- Получение оперативной информации по потребностям в лекарствах (при перераспределении остатков препаратов опора на информацию от руководителей НКО по потребностям в лекарствах).

Трудности при взаимодействии с пациентскими НКО

- Инертность некоторых НКО («трудно раскачать общественное мнение»).

Направления общественного контроля

Общественный мониторинг

В рамках независимой оценки качества медицинских услуг ежегодная единовременная повсеместная процедура анкетирования с привлечением всех НКО и студентов медицинских учебных заведений¹⁸. Члены общественного контроля участвуют на этапе адаптации методики (анкеты), в обсуждении результатов и построении рейтинга медицинских учреждений.

Выборка: расчет выборки основан на средней пропускной способности медучреждений: посещаемости поликлиник (в среднем, 500 посещений в смену) и среднего числа пребывающих в стационарах — достаточными были признана выборка 10% поликлиник области и 20% стационаров — всего 17 областных медицинских учреждений. Ежегодно они меняются.

¹⁸

Инструктаж для студентов был общий, опрос прошел в течение недели.

В муниципалитетах независимую оценку проводят Общественные советы при Городских управлениях здравоохранения. В Ростове региональное отделение МОД «Движение против рака» как член Общественного совета при Городском управлении здравоохранения активно участвует в анкетировании. В Общественном совете при Главном Управлении здравоохранения города Ростов-на-Дону обработка информации осуществляется также силами членов Совета (*«сами сидим, считаем»*).

Трудности в осуществлении мониторинга:

- Привлечение студентов решает проблему кадров и времени на опрос, но ставит под сомнение вопрос качества (*«они собирают быстро, а результаты — одни 4 и 5, а я знаю, что в поликлинике есть серьезные проблемы»*).

Общественные проверки

В общественных советах при Министерстве здравоохранения и Городском управлении здравоохранения г. Ростова НКО инициируют проверки по фактам жалоб. В Общественном совете были две проверки районных больниц с участием членов Совета. В обоих случаях проблема подтвердилась, и решение было в пользу обращающихся. Результатом обеих проверок стало создание при больницах Общественных советов из инициативных пациентов (обратившихся с жалобой).

Трудности в осуществлении проверок:

- Если говорить о регулярных проверках медучреждений, для постоянного их осуществления у членов общественных советов нет времени (*«на серьезную проверку нужно время... если просто не по своим проблемам, а участвовать в качестве статиста в проверках — это члена ОС на зарплату нужно сажать»*).
- Предварительное оповещение медицинских учреждений о дате проверки снижает ее ценность (*«пациенты рассказывают, что прямо при них медсестра шерстит карточки, выдирает листы, прячет неудобные»*).
- Отсутствие у членов Совета полномочий и документов, позволяющих проводить проверку. Проверки идут только от имени Министерства здравоохранения, с созданием комиссии от Министерства здравоохранения и с предварительным оповещением.

Для полноценной проверки она должна быть без оповещения, члены Общественного совета должны иметь полномочия для ее проведения (распоряжение Министерства, подтверждающие документы).

Общественная экспертиза

Как особой формы работы Совета нет. Был опыт разбора закона на заседании Совета после того, как один из членов Совета прошел соответствующее обучение в Санкт-Петербурге. Был опыт организации обсуждения закона о социальном обслуживании в Таганроге в Общественном совете при управлении социальной защиты города с привлечением городского УСЗН и ЦСО (замечания по закону были отправлены в Министерство труда и социального развития области).

Трудности в осуществлении экспертизы:

- Отсутствие достаточных компетенций членов Совета

Опытные НКО, владеющие информацией о специфике лечения и о законах по правам пациента по факту выступают экспертами во взаимодействии с врачами и чиновниками (*«мы им разъясняем, что по закону замена препаратов невозможна, что отказ носить бумажки по кабинетам — это нарушение статьи закона о приоритете пациента... мы со справочниками ходим и к врачам, и к чиновникам»*).

Общественные обсуждения

РРБООИ «Союз РС» активно участвуют во всех публичных обсуждениях, проводят собственные круглые столы. Общественный совет при Министерстве здравоохранения проводит открытые заседания с приглашением заинтересованных сторон. Оценка эффективности этих мероприятий высока: на них создаются условия для обсуждения и поиска путей решения проблем.

Трудности, точнее, специфика общественных обсуждений в том, что часто они не заканчиваются принятием решения, они в большей мере нужны для обнародования проблемы, сбора аргументов «другой стороны» и понимания, насколько она готова «двигаться». Далее решение проблемы происходит уже не на общественных, а на двусторонних переговорах с Министерством.

Общественные слушания

Одна из возможных форм организации общественных слушаний — в формате форума. В 2013 г. в Волгодонске прошел большой гражданский форум, организованный Общественным советом и Министерством здравоохранения. Одна из площадок форума — экспертная площадка пациентских организаций — своим результатом имела пакет предложений для внесения в законодательство (190 предложений). Обе организации принимали активное участие, выступали на круглых столах.

Слушания — в слушании бюджета не принимают участие. В целом, приглашаются на заседания Думы, на слушания по принятию новых законов.

Слушания должны проводиться по линии Общественной палаты региона. В Ростовской области Общественная палата неактивна.

Трудности: общественные слушания и экспертиза бюджета упирается в ту же проблему отсутствия у пациентских НКО достаточных компетенций для участия в этой работе. Их активность сводится к выдвижению своих желаний (*«пока от них только хотелки»*). Разбор бюджета на заседаниях Совета превращается в ликбез для его членов, представителей общественности.

Общественные советы

Общественный совет по защите прав пациентов при ТО Росздравнадзора

Существует, РРБООИ «Союз РС» в нем состоит.

По факту, Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора подчиняется Министерству здравоохранения. Он малоактивен (*«даже не собирает советы, как положено»*).

По сравнению с Общественным советом при Министерстве здравоохранения, функции Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора «усечены»: *«они нам часто говорят — не наша проблема»*. Сами НКО не предъявляют к нему каких-либо ожиданий (*«мы даже не ждем от него никаких решений»*).

Общественный совет при Министерстве здравоохранения

Существует «общий» Общественный совет. Совет активен («демонстрирует желание работать, даже если не всегда дает результаты»).

Активный председатель Совета — главврач детской областной больницы — по факту выступает посредником в решении многих проблем, многие вопросы решаются напрямую через нее.

Резолюции заседаний выкладываются на сайте Министерства здравоохранения.

Положительные примеры деятельности Общественного совета при Министерстве здравоохранения:

- Решение конкретных вопросов, связанных с принятием управленческих решений: публикация информации по остаткам препаратов дорогостоящих на сайте Министерства, увеличение срока выписки рецепта до 3 месяцев.
- Помощь украинским беженцам с онкологией, сахарным диабетом (лето 2014 г.).
- Просветительская работа между общественными советами на территории.
- Налаживание взаимодействия между общественными советами на территории: инициирование соглашения между всеми общественными советами по здравоохранению на территории области и формирование общей экспертной группы из представителей всех советов.
- В процессе обсуждения вопрос о строительстве нового онкоцентра. Председатель регионального отделения МОД «Движение против рака» активно инициирует этот вопрос.

В области был прецедент, когда возник конфликт позиций Общественного совета при Министерстве здравоохранения и Общественного народного фронта при решении вопроса о слиянии элитной поликлиники с обычной (народный фронт лоббировал интересы врачей элитной поликлиники, незаинтересованных в увеличении нагрузки). После этого возникло понимание, что общественные советы должны иметь общую площадку для взаимодействия и выступать единым фронтом перед органами исполнительной власти.

Общественный совет при городском Управлении здравоохранения

Совет при Управлении общий. 60% пациентских организаций. Председатель — ОО «Молодые медики Дона». Региональное отделение МОД «Движение против рака» входит в состав Совета.

Активность членов Совета высока: 70% повестки заседаний формируется ими.

Информация о работе Совета выкладывается на сайте Администрации города раз в квартал (есть соответствующая вкладка).

Совет имеет свою «горячую линию» - мобильный телефон: члены Совета по очереди осуществляют прием звонков. У Совета есть свой электронный адрес.

Совет тесно взаимодействует с Советом при Министерстве здравоохранения — регулярный обмен материалами.

Чего не хватает общественным советам:

- активности пациентских НКО (мнение председателя Совета, который, принимая во внимание наличие активного ядра пациентских НКО — региональное отделение МОД «Движение против рака», РРБООИ «Союз РС»,

Ростовское городское диабетическое общество «ДиаДон» — оценивает Совет в целом),

- опыта общественной деятельности на уровне Советов.
- финансовой базы для реализации инициатив (оплата телефона горячей линии идет на общественных началах; как ресурсно будет обеспечиваться сайт Совета, если делать его независимым, непонятно);

Общественная работа «без денег» в конце концов может отразиться на качестве (нанятое независимое рейтинговое агентство проведет опрос с более высоким качеством).

Ближайшие задачи общественных советов

- Налаживание взаимодействия с общественными советами при городских управлениях здравоохранения. Возможно, через создание от общественного совета при министерстве здравоохранения экспертных групп по области.
- Формирование экспертных групп при центральных областных больницах, которые бы давали первичную информацию о проблемах на стадии их возникновения (Совет при Министерстве здравоохранения, эта работа уже начата).
- Создание своего сайта (Совет при Городском управлении здравоохранения).
- Создание на базе Совета площадки для объединения общественных советов города (Совет при Городском управлении здравоохранения).

Сахалинская область

Общая характеристика ситуации

Удаленный обособленный регион с суровыми условиями жизни отличает высокая кооперация членов сообщества на всех уровнях: тесные неформальные связи гражданского сообщества и государственных институтов, открытые каналы получения информации, консолидация и оперативность в решении проблем (*«мы ж на острове и нас тут мало — 520 тыс. населения, мы все, в общем, знакомы друг с другом, вместе здесь росли... знаем все проблемы «от и до» и общаемся друг с другом»*).

Губернатор области также активен во взаимодействии с общественностью: при Губернаторе действует Совет по делам инвалидов, губернатор проводит прием граждан по личным вопросам.

Пациентская общественность в регионе консолидирована — в области действует Ассоциация общественных организаций инвалидов, в которую входят шесть активных организаций, членов общественных советов при Министерстве здравоохранения и Территориальном органе Росздравнадзора. Пациентские организации при взаимодействии с органами власти выступают сообща (*«не по одному, каждый со своими проблемами»*). Многие инициативы идут от этой ассоциации (инициатива создания Общественного совета при Министерстве здравоохранения). Ассоциация собирается и работает независимо от общественных советов. При возникновении ситуаций временных наложений (два заседания разных советов в один день), члены Ассоциации делятся (кто куда идет) и потом обмениваются информацией на своих встречах.

В области активное Главное бюро МСЭ, позиция которого — открытость во взаимодействии (*«чем больше будет общение — тем меньше конфликтов будет и тем более точен будет наш результат... мы рады, что к нам обращаются не только для установления инвалидности, мы активно помогаем, у нас весь стенд завешан благодарственными письмами»*). Руководитель бюро МСЭ является

председателем Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора и тесно взаимодействует с общественностью, бюро имеет собственное печатное издание, где одна из восьми полос безвозмездно предоставлена представителям пациентских НКО.

Взаимодействие пациентских НКО с Министерством здравоохранения

Министерство здравоохранения заинтересовано во взаимодействии с общественностью. Открыто, оперативно в реагировании на идущие от пациентских НКО запросы («возникла сегодня проблема, они приходят, и мы решаем эту проблему» - пациентские НКО, участники исследования, подтверждают это).

Министерство изначально было ориентировано на работу с общественностью. Анализ обращений граждан, проводимый 2 раза в год, давал рейтинг актуальных вопросов (с которыми обращаются граждане в Министерство) — в соответствии с ним расставляются приоритеты в работе. Анализ обращений в Министерство, дополненный результатами социологического исследования удовлетворенности населения медицинской помощью и независимой оценкой качества медицинских услуг — та комплексная субъективная информация, на которую опирается Министерство в своей деятельности.

Ожидания от Общественного совета — уменьшение потока обращений граждан в учреждения здравоохранения и Министерство.

Направления общественного контроля

Общественный мониторинг

Это не только анкетирование, но и регулярный анализ, и сопоставление статистических данных (обеспеченность лекарствами, анализ обращений граждан и др.). Эта работа регулярно проводится Общественным советом по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора.

Другая форма мониторинга — независимая оценка качества медицинских услуг.

В регионе независимая оценка качества начала осуществляться до издания федерального приказа. Изначально работа проводилась 2 раза в год, анкеты распространялись через руководство медицинских учреждений, результаты обрабатывал МИАЦ и подсчитывался рейтинг медицинских учреждений.

В Общественном совете при Министерстве здравоохранения есть рабочая группа по независимой оценке качества.

С появлением приказа, независимая оценка качества стала более профессиональной. Она включает два направления: анкетирование и проверки медицинских учреждений.

Методологическая подготовка опроса (разработка и коррекция анкет) лежит на рабочей группе Совета. Сбор и анализ информации осуществляет независимая социологическая организация, выигравшая тендер.

Анкетирование основное дополняется профильным, по выявленным проблемам — по лекарственному обеспечению, по этике медицинского персонала, по работе отделения (в городской больнице большое количество нареканий в адрес приемного покоя — под эту проблему разработана анкета и проведен устный опрос в формате face-to-face).

Обсуждение результатов проходит на рабочей группе Совета.

Общественные проверки

Проверки также прошли методологическую проработку в Совете. Разработан механизм проверок, продуманы и прописаны критерии проверок (оценка сайта и

визуальная проверка учреждения на предмет информационной доступности и др.).

Работа по проверкам идет в тесном взаимодействии с отделом по оценке качества Министерства (планирование объектов проверки и обсуждение результатов происходит совместно).

Проверка в городской больнице по факту высокой смертности шла с использованием анкетного опроса в приемном покое; о результатах Совет докладывал на совместном с Министерством заседании с приглашением главврача больницы. По итогам заседания принято решение, направлены рекомендации, их выполнение стояло на контроле Общественного совета (по итогам полугодия больница отчитывалась).

Министерство (отдел по оценке качества) напрямую заинтересовано в проверках Совета, т. к. субъективные оценки и оценки «снизу» дополняют официальные данные и отчеты, давая информацию об условиях и качестве обслуживания, которую невозможно почерпнуть из официальных документов.

Другая форма проверок — межотраслевая — создание межотраслевых экспертных комиссий из представителей здравоохранения, социальной защиты, фонда социального страхования, общественных советов.

Проверки проводятся и Общественным советом по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора — это уже сложившаяся форма работы Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора — выездные проверки по профилям медицинских учреждений или заболевания. 2014 г. - выездные проверки тубдиспансеров, онкодиспансеров, учреждений социального типа для престарелых и сирот).

Общественная экспертиза

Информанты видят следующие направления общественной экспертизы:

- Проверки медицинских учреждений приравниваются к общественной экспертизе.
- Экспертиза НПА на предмет отсутствия противоречий законодательству и тому, что НПА способствует улучшению жизни пациентов. Осуществляется в профильной рабочей группе Совета при Министерстве (проекты НПА направляются по электронной почте, общественники быстро реагируют, вносят предложения). Спорные вопросы разрешаются совместно с Министерством в рабочем порядке, Министерство открыто к взаимодействию — правки вносятся в оперативном режиме (были ситуации, когда Министерство принимало возражения или совместно с Министерством готовилось письмо в прокуратуру по спорным моментам).
- Медицинская экспертиза должна проводиться профессионалами.

Общественные обсуждения

Пациентская общественность и структуры здравоохранения области очень активны в организации публичных площадок — совместные мероприятия (круглые столы по различным темам, конференции) проводятся ежемесячно. Ряд их организует Совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора (по лекарственному обеспечению, доступной среде и проч.).

В планах активных НКО расширение интернет-площадок общественных советов до формата интерактивного обсуждения.

Общественные слушания

Рабочая группа Совета при Министерстве здравоохранения по работе с НПА отвечает за анализ и внесение предложений по новым НПА (см. *Проверка документов выше — куда относится эта деятельность, непонятно*). Группа работает в тесной связке с юристом Министерства. Проекты НПА также вывешиваются на сайте и печатаются в газете — отклик общественности традиционно невелик.

В слушаниях, организуемых законодательной властью, члены советов участвуют как приглашенные лица.

Общественные советы в сфере здравоохранения

Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора

Председатель Совета — руководитель главного бюро МСЭ.

Формат работы совета — заседания, в т.ч. выездные по профилю заболевания. Выездные заседания имеют форму проверок («мы, зная объект заседания, готовимся, собираем актуальные вопросы, которые задаем главврачу на месте»).

Выездные проверки включают разные методы сбора информации: личные беседы, мини-опросы, заслушивание докладов руководства медицинским учреждением.

Темы заседаний, повестка, объект для выездных заседаний — эти вопросы решаются гибко в оперативном порядке при участии всех членов совета (иногда на предыдущем заседании, иногда оперативно по телефону выясняются предпочтения и пожелания). Председатель Совета доступен членам Совета и открыт для диалога («можно ей позвонить и сказать, что мы придумали на следующее заседание, она в ответ - «хотите — сделаем...», обзваниваем всех и согласовываем или рассылаем предложение по почте»).

На заседаниях регулярно присутствуют приглашаемые представители Министерства здравоохранения.

Резолюции заседаний Совета публикуются в газете (издание Главного бюро МСЭ).

Проблемы невыполнения рекомендаций Совета Министерства здесь не стоит - «они реагируют адекватно а наши предложения и решения».

Примеры успеха — ускорение приобретения сахароснижающих препаратов для больных диабетом, решение ряда вопросов по обеспечению ТСП отдельных категорий лиц.

Общественный совет при Министерстве здравоохранения

Совет «общий», в составе 19 человек и 7 пациентских организаций. До июля работники Министерства входили в состав Совета, с выходом нового приказа они участвуют в работе Совета как приглашенные.

Заместитель председателя Совета – председатель Ассоциации детских организаций области.

Председатель Совета – бывший Заместитель главврача детской поликлиники, представитель некоммерческого медицинского партнерства медицинских работников «Национальная медицинская палата Сахалинской области».

Секретарь Совета – руководитель регионального отделения ООИИ-БРС.

Сахалин – единственный регион в выборке, в котором создание Общественного совета с самого начала осуществлялось силами пациентских НКО («это не нам позвонили, сказали, что совет создан и предложили участвовать –

это мы сами»).

- Инициатива Совета шла от Ассоциации общественных организаций инвалидов области (письма с предложением, личные встречи в Министерстве).
- Положение о Совете разрабатывались и обсуждалось при активном участии Ассоциации (*«сначала его писало Министерство, потом мы меняли и согласовывали с ними с юридической точки зрения — так несколько раз»*).
- Состав Совета утверждался при активном участии Ассоциации. Все заинтересованные активные пациентские НКО вошли в Совет.

На первом же заседании Совета были созданы 3 рабочие группы (по нормативно-правовым вопросам, по независимой оценке качества и по лекарственному обеспечению).

Совет работает в тесном взаимодействии с юристом Министерства (*«приглашаем его на рабочую группу по работе с НПА, на заседания для оперативного получения ответов на возникающие вопросы, сами постоянно звоним»*).

Рабочие группы о результатах своей деятельности докладывают на общих заседаниях Совета (*«кто не участвовал — все равно в курсе»*).

Члены Совета активны в формировании повестки дня. Подход к формированию повестки гибкий, повестка может оперативно меняться при появлении актуальных задач (*«на заседании по плану были доклады главных невропатолога, эндокринолога и кардиолога — мы это заседание перенесли, т. к. вышел 212 ФЗ об общественном контроле и нужно было рассмотреть независимую оценку — повестку вмиг переписали»*).

С июля 2014 г. в связи с выходом нового приказа госслужащие были выведены из состава Совета. Однако Министерство продолжает принимать самое активное участие в его работе, работники Министерства активно участвуют в заседаниях, берут на себя организационное сопровождение работы Совета (протоколирование заседаний и др.). Протоколы заседаний выкладываются на сайте (на декабрь - 5 протоколов за 2014 г.).

Министерство открыто к взаимодействию с Советом — члены Совета приглашаются на отчетные, организационные и торжественные мероприятия Министерства (итоговая годовая коллегия, заседания координационного совета по послевузовской подготовке, день медицинского работника и др.).

Чего не хватает общественным советам, по мнению опрошенных:

- человеческих ресурсов (активный пациентский «костяк» в области – 6 организаций – входит в состав обоих советов; иногда происходит наложение работ во времени и приходится делиться, кто куда пойдет)
- времени (отсутствие времени – не просто оговорка не желающих работать, на это обстоятельство указывают и очень активные члены активных советов, которые разрываются между различными видами деятельности внутри своей организации, в нескольких советах и на основной работе, если таковая имеется).

Ульяновская область

Общая характеристика ситуации

В Ульяновской области высокая гражданская активность в своей основе имеет институциональную поддержку. Губернатор области инициирует и контролирует создание общественных советов на всех уровнях. Именно позиция Губернатора является ключевым фактором высокой общественной активности в регионе (*«он у нас передовой, везде нас включает, заставляет наши органы власти на гражданское общество иначе смотреть»*).

В области активно действуют Общественная палата, Медицинская палата, Палата справедливости и общественного контроля области, Советы по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора и Министерстве здравоохранения; Общественный совет по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения является одним из старейших в стране (стаж 3 года).

Палата справедливости и общественного контроля — ноу-хау Ульяновской области, кумулятивная структура, объединяющий центр общественного контроля за деятельностью региональной и районных органов власти по всем сферам, создан по инициативе Губернатора, в его работе участвуют 4 уполномоченных Президента (по правам ребенка, по правам человека, по борьбе с коррупцией и по предпринимательской деятельности), муниципальные общественные палаты, трудовые коллективы и пациентская общественность в лице регионального отделения ООИИ-БРС.

Палата справедливости и общественного контроля и Общественная Палата действуют в рамках соглашения о сотрудничестве, где определены сферы деятельности каждой Палаты во избежание дублирования функций.

Министерство здравоохранения Ульяновской области демонстрирует четкое понимание задачи взаимодействия органа исполнительной власти с институтами гражданского общества для *«получения рекомендаций для совершенствования нашей деятельности»*.

Пациентские НКО взаимодействуют с Минздравом через Общественный совет по защите прав пациентов и напрямую – чаще с Департаментом по лекарственному обеспечению.

Направления общественного контроля

Общественный мониторинг

- В Общественном совете по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения это общий мониторинг ситуации — сбор информации по актуальным вопросам, прежде всего, лекарственного обеспечения — сбор информации от пациентских НКО.
- В Общественном совете по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора несколько направлений мониторинга:
 - Мониторинг аптечной сети области на предмет доступности лекарств и ценовой политики (регулярные запросы информации в аптечные сети по ценам на жизненно важные лекарственные препараты. При повышении цен в отдельных аптеках — дополнительный запрос к руководству аптек по обоснованию стоимости (цена, объем закупок).
 - Мониторинг заработной платы работников здравоохранения области (по отчетам Министерства).
 - Мониторинг закупок медицинского оборудования в области во избежание ситуации простаивания (по отчетам Министерства).

Трудностей в осуществлении этого мониторинга у Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора нет: статус Совета высок, отношения налажены, субъекты для взаимодействия открыты.

Независимая оценка качества медицинских услуг

Опыт независимой оценки качества медицинских услуг в Ульяновской области большой. До появления закона о независимой оценке качества медицинских услуг эта оценка проводилась Медицинской палатой с привлечением волонтеров (Министерство здравоохранения поддерживало эту инициативу). Оценка имела несколько форматов: мониторинг сайтов на наличие достаточной информации и анкетирование пациентов медицинских учреждений.

С появлением изменений в законодательстве (ФЗ №212) функция независимой оценки качества медицинских учреждений в 2015 г. должна быть передана общему Общественному совету при Министерстве здравоохранения. В планах осуществление этой работы совместно с Советом по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения и Медицинской палатой.

К проверкам и к независимой оценке качества медицинских услуг привлекаются общественные советы при ЛПУ, созданные повсеместно по приказу Губернатора.

Министерство предоставляет собственные ресурсы для осуществления независимой оценки качества медицинских услуг — ресурс МИАЦ.

Общественные проверки

Общественные проверки в медицинских учреждениях проходят регулярно по возникающим актуальным вопросам. Проверки идут чаще по линии Медицинской палаты (потому как жалобы, требующие проверок, затрагивают, прежде всего, вопросы качества оказания медицинской помощи) и по линии Общественного совета по защите прав пациентов Министерства.

Постоянные проверки — это политика Министерства (*«Министр говорит — нужна обратная связь»*). Запрос на проверки часто приходит из Министерства или от главных специалистов (запрос от главного онколога — проверка работы онкокабинетов в поликлиниках: выдерживание графика работы, работа регистратуры по направлению в кабинет, своевременность присутствия врача на рабочем месте).

Проверки проходят в формате выездов в медицинские учреждения и анкетирования (региональное отделение МОД «Движение против рака» — проверка питания в онкодиспансере через анкетирование).

Трудности в осуществлении проверок:

- Ограниченность полномочий Советов для осуществления проверок (закрытость доступа к экономической информации по объемам затрат на лекарства, на расходные материалы, на зарплату ограничивает оценку работы лечебного учреждения).
- В Ульяновской области проблема отсутствия полномочий членов Советов осуществлять проверки стоит не так остро, благодаря общей политике Министерства и налаженному взаимодействию общественности с системой здравоохранения на всех уровнях (от Министерства до рядовых медицинских учреждений). При осуществлении проверок рабочие группы заручаются поддержкой главврачей медицинских учреждений (*«стараясь, чтобы он поспособствовал, например, в организации встреч с пациентами»*). По словам, главврачи открыты взаимодействию, поскольку сами заинтересованы в

- проверке и донесении собственных проблем до Министерства.
- Существование широкой сети общественных советов при ЛПУ ставит вопрос о головной объединяющей структуре. В настоящее время назрел и был озвучен председателем Совета по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения вопрос об объединяющей функции Совета для аккумуляции деятельности сети общественных советов при ЛПУ.

Общественная экспертиза

Существует смешение понятий «экспертиза» и «слушание».

Общественная экспертиза узаконена и внедрена в практику в обязательном порядке на уровне регионального законодательства. В области вышел Приказ Губернатора о порядке проведения реорганизации в здравоохранении, согласно которому любые структурные изменения предваряются экспертной оценкой общественности (Общественных советов при Министерстве здравоохранения и Территориальном органе Росздравнадзора, Общественной Палаты, Медицинской Палаты). Все принимаемые НПА и документы по реорганизации в здравоохранении проходят обязательную общественную экспертизу. Советы и палаты готовят экспертное заключение о необходимости и целесообразности реорганизационных мероприятий и др.

Обязательная общественная экспертиза в области — уже сложившаяся устойчивая практика. Отношение Министерства здравоохранения к такому порядку положительное: Министерство здравоохранения видит в этом возможность взвешенной оценки возможных рисков при принятии новых законов и проведении реорганизации (*«мы всем направляем - перестраховываемся»*).

Основной субъект в проведении общественной экспертизы — Медицинская палата (*«мы совместно очень много актов принимаем»*).

Еще одно родственное поле для деятельности Медицинской палаты — аттестация медицинских работников (*«фактически министерство возложило аттестацию на ее плечи»*). Ульяновская область опережает законодательство (новая система аттестации планируется к запуску в 2017-18 гг.)

Основные трудности в проведении общественной экспертизы:

- наличие экспертов и наличие профессиональных навыков у экспертов от НКО (в региональном отделении МОД «Движение против рака» среди активистов есть юрист, занимающийся экспертизой НПА. В целом, проблема отсутствия у членов Советов от пациентских организаций знаний правовых и юридических ограничивает возможности привлечения Совета к экспертизе). Бюджет Министерства на экспертизу в Совет не выносится.
- наличие времени у экспертов (имеющих основную деятельность, выполняющих много задач в общественных советах и проч.).

Ресурс профессиональных экспертов-медиков в Ульяновской области — Медицинская палата, принимающая активное участие в слушании НПА; при необходимости медицинская палата привлекает специалистов из частных медицинских организаций.

Общественные обсуждения

Общественные обсуждения — постоянная практика в работе и Медицинской палаты, и общественных советов. Публичные обсуждения чаще проходят на площадках Медицинской палаты (постоянные открытые заседания, обсуждение проектов НПА, реорганизации лечебных учреждений и проч.), Общественной

палаты, Палаты справедливости и общественного контроля области.

Формы проведения общественных обсуждений в Ульяновской области:

- Круглые столы Советов при Министерстве здравоохранения, при Территориальном органе Росздравнадзора (с приглашением пациентских организаций, представителей власти и др.).
- Выездные заседания Общественного совета при Министерстве здравоохранения, при Территориальном органе Росздравнадзора (в медицинских учреждениях).
- Интернет-обсуждения.
- Региональный форум пациентских организаций Приволжского Федерального округа по инициативе регионального лидера ООИИ-БРС (Заместителя секретаря Общественного совета по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора и члена «пациентского» Совета при Министерстве здравоохранения). Форум был организован при поддержке Министерства здравоохранения и социальной защиты (2013 г.). Форум стал первым крупным публичным мероприятием пациентских НКО регионального уровня.

Примеры общественных обсуждений:

- Обсуждение проблемы перевозки диализных больных (обсуждение в интернет, приглашение телевидения, публичное обсуждение).
- Обсуждение вопроса перевода нефрологического отделения областной больницы (по факту жалобы), май 2014 г., Палата справедливости и общественного контроля — открытое обсуждение с участием главврача областной больницы, Заместителя министра здравоохранения. Решение принято в пользу больных.
- Обсуждение вопроса лекарственного обеспечения, май 2014 г., Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора (см. ниже).

Общественные слушания

Оба Совета, все активные пациентские НКО принимают активное участие, регулярно приглашаются в Законодательное собрание, участвуют в слушаниях и экспертизе НПА по реорганизации здравоохранения.

Общественные советы

Региональное отделение МОД «Движение против рака» и ООИИ-БРС входят в Общественные советы по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора, при Министерстве здравоохранения. Региональное отделение МОД «Движение против рака» входит в оба Совета при Министерстве здравоохранения — «общий» и «пациентский» (в «пациентском» председательствует). Региональное отделение ООИИ-БРС: в Общественном совете по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора является Заместителем председателя Совета, в Общественном совете по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения-членом.

Региональное отделение ООИИ-БРС является также членом Палаты справедливости и общественного контроля (единственная от пациентской общественности), членом Комиссии по делам инвалидов при Губернаторе, членом рабочей группы спортивного проекта «Единая страна — доступная среда» (Ульяновское региональное отделение Единой России). В рамках каждого проекта идет активная работа:

- «Единая страна — доступная среда»: организация психологических тренингов (4 из 8 тем, предложенных региональным отделением ООИИ-БРС, были взяты);
- Палата справедливости и общественного контроля: апрель 2014 г. - съезд, определение формата работ на местах (общественные инспекторы) и подписание Соглашения о сотрудничестве с Общественной палатой при Губернаторе; май 2014 г. - круглый стол по вопросу перемещения нефрологического отделения (по факту жалобы)
- Комиссия по делам инвалидов: октябрь 2014 г. - заседание по развитию инфраструктуры оказания социальных услуг людям с ограниченными возможностями здоровья.

Активисты регионального отделения МОД «Движение против рака» входят в Совет при онкодиспансере. общественные советы при ЛПУ созданы в 2013 году по приказу Губернатора. Губернатор контролирует процесс становления работы советов: оценивает состав советов, активность - «гоняет нас».

Общественный совет при онкодиспансере на 80% состоит из пациентов-активистов регионального отделения МОД «Движение против рака». Это еще одна площадка, где происходит сбор данных, отстаивание каких-то интересов.

Общественный совет при ЛПУ — это самая действенная площадка контроля, многие узкие вопросы решаются там.

Польза от общественного совета для самого ЛПУ — отстаивание интересов ЛПУ (те вопросы, которые не может решить главврач, продвигает Общественный совет).

Общественные советы в сфере здравоохранения

Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора

Совет пользуется авторитетом, отношения со стейкхолдерами налажены, отношения с Министерством деловые: представители Министерства регулярно приглашаются на заседания Совета с отчетами по своим направлениям, получение информации происходит свободно.

Совет активен. Половина состава (7 из 15) — пациентские НКО. Председатель — главврач городской больницы.

Резолюции выкладываются на сайте Территориального органа Росздравнадзора и печатаются в газетах «Ульяновск сегодня» и «Народная газета». Декабрь — формирование плана работы на следующий год на основании предложений членов Совета. В январе план работы официально публикуется.

Формат работы — круглые столы, заседания и выездные заседания (в медицинских учреждениях и др.). В мае 2014 г. был опыт проведения крупного выездного заседания в Палате справедливости и общественного контроля — заседание Совета по лекарственному обеспечению (инициатор и организатор — региональное отделение ООИИ-БРС). Участвовало порядка 30 чел., в т.ч. Заместитель председателя Законодательного собрания области, Председатель комитета Законодательного собрания по бюджету и экономической политике, руководитель Территориального отделения Росздравнадзора, Заместитель Министра здравоохранения и социального развития области, директор Департамента развития здравоохранения и реализации программ, директор Департамента финансов и имущественных закупок, и.о. Заместителя директора Департамента организации контроля качества медицинской деятельности, начальник отдела организации фармацевтической деятельности Министерства,

представители Палаты справедливости и общественного контроля, помощник Уполномоченного по правам человека, начальник отдела обеспечения деятельности Уполномоченного по противодействию коррупции, начальник отдела обеспечения деятельности Уполномоченного по правам предпринимателей).

Использование крупных значимых площадок делает весомым проводимые заседания Совета, привлекая больше участников и превращая заседание в формат общественного обсуждения (*«когда все так зашевелилось, фармпредставитель мне звонит: «Мы ж с вами мирно конструктивно все решаем..» — подумала, что распекать их хотим»*).

Социальный эффект заседаний в форме крупных общественных обсуждений — сближение пациентской общественности с властью, установление более доверительных рабочих отношений (*«они нас больше понимать стали и обращаться по-другому»*).

Результат заседания по лекарственному обеспечению — принятое решение о ежеквартальном информировании по лекарственному обеспечению членов Совета по защите прав пациентов при Министерстве принято к исполнению.

В планах на 2015 г. - помимо продолжающегося мониторинга лекарственного обеспечения, закупок медицинского оборудования, экспертизы НПА по реорганизации медицинских учреждений, также новое направление - «современные методики обезболивания». В планах выпуск удостоверений для членов Совета.

Общественный совет по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения

Состав — пациентские НКО. Председатель — главврач хосписа и председатель регионального отделения МОД «Движение против рака».

Заседания ежемесячные. Формирование повестки идет и членами Совета, и Министерством (отчеты о деятельности, разъяснения по новым законам, инициирование интересующих вопросов). Заседания имеют два блока — общие вопросы (новые НПА, планируемые мероприятия по реорганизации и др.) и частные (проблемы конкретных НКО). Поскольку заседания совместные, поиск путей решения возникающих у НКО проблем происходит сразу. Резолюции выкладываются на сайте Министерства здравоохранения.

Члены Совета входят в профильные Комиссии Министерства (по противодействию коррупции и др.) и принимают деятельное участие в работе этих комиссий.

В целом, Совет активен. Проблема пассивности отдельных членов есть. Решается за счет приглашенных заинтересованных пациентских НКО (*«мы стараемся приглашать всех, кому важно и кто может дать информацию по теме»*).

Чего не хватает ОС, по мнению опрошенных:

- полномочий членам Советов в осуществлении контрольных функций.
- времени и возможностей у членов, совмещающих эту работу со своей основной (в НКО или в здравоохранении; оба председателя — главврачи больниц),
- ресурсов и финансирования (Министерство здравоохранения выделил маленькую комнатку, бумагой обеспечивают, но много приходится покупать за свои деньги),
- системы и механизмов стимулирования участия в работе Совета (через руководство — Министерство здравоохранения или Территориальный

орган Росздравнадзора - *«тогда дело бы быстрее пошло»*)

Множественность общественных структур в области создала ситуацию присутствия одних и тех же фигур в разных советах. Как это отражается на эффективности работы советов — вопрос открытый. В условиях вхождения одних и тех же фигур в разные советы возникает вероятность формального подхода в деятельности общественных советов (*«пообсуждали одно и то же — и там протокол напишут, и здесь...»*). С другой стороны, есть мнение, что такое «перекрестное» присутствие, напротив, делает возможным оперативный обмен информацией и отсутствие дублирования деятельности (*«они приносят проблемы, которые поднимались в других советах, дают информацию о нашем Совете... мы стараемся уйти от повторов, согласовываем... кроме очень важных вопросов, например, экспертиза новых НПА по реорганизации лечебных учреждений — это делают все»*).

Перспективы общественных советов, по мнению опрошенных:

- Общественный совет по защите прав пациентов при Территориальном органе Росздравнадзора — в ближайших планах выпуск удостоверений для членов Совета — *«этот формальный план даст статусность и уверенность членам Совета»*.
- Существование широкой сети общественных советов при ЛПУ ставит вопрос о головной объединяющей структуре. В настоящее время назрел и был озвучен председателем Совета по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения вопрос об объединяющей функции Совета для аккумулирования деятельности сети общественных советов при ЛПУ.

4.7. Перспективы развития правовой деятельности социально ориентированных НКО в рамках общественного контроля

Организация работы общественных советов

В силу того, что деятельность органов власти подчинена, в том числе, задаче обеспечения здравоохранения населения, а также в связи с тем, что в государственных структурах сосредоточены основные ресурсы здравоохранения и здесь же находятся все точки принятия решений о здравоохранении, органы власти объективно должны быть основным партнером общественных организаций в деле защиты прав пациентов.

Сегодня в условиях действия ФЗ 212 «Об основах общественного контроля» одной из ключевых и наиболее удобных организационных форм взаимодействия социально ориентированных НКО и органов власти стали Общественные советы. Взаимодействие с ними является важнейшим технологическим фактором успешности работы социально ориентированной НКО.

Барьеры внешней среды в деятельности общественных советов:

- Ограничения, определенные законом об общественном контроле:
 - Отсутствие полномочий для осуществления контрольных функций.
 - Отсутствие у членов совета полномочий для воздействия на органы власти. Отсутствие механизма, обязывающего органы власти реагировать на рекомендации советов.
 - Отсутствие у советов возможности участвовать в процессах управления здравоохранением (организация тендеров и др.).
 - Отсутствие ясности в понимании технологий и форм работы общественных советов, увеличивающее роль личности руководителя совета.
- Недостаточная заинтересованность органов управления здравоохранением в работе общественных советов.
- Низкий правовой и управленческий статус общественных советов.
- Доминирование над советами при органах управления здравоохранением министерств, навязывание своей воли (состава, мероприятий, повестки, решений).
- Отсутствие в работе советов ресурсов, обслуживающей инфраструктуры.
- Отсутствие системы и механизмов материального стимулирования и сложность выполнять дополнительную работу на общественных началах.
- Незрелость технологий нематериального стимулирования.
- Отсутствие взаимодействия с общественными советами медицинских учреждений.
- Невысокая заинтересованность региональных общественных палат в контроле в сфере здравоохранения и во взаимодействии с общественными организациями пациентов и вообще медицинской направленности.
- Отсутствие систем взаимодействия с аналогичными советами при других ведомствах и при аналогичных структурах, но из других регионов.
- Отсутствие в ситуации ограниченности собственных средств и кругозора и каких-либо внешних ресурсных центров.

Внутренние барьеры в деятельности общественных советов:

- Вхождение в советы случайных, незаинтересованных лиц (олимпийских чемпионов, сотрудников подведомственных учреждений, представителей непрофильной общественности, бизнес структур, преследующих коммерческие интересы).
- Формализм в деятельности советов.
- Низкая консолидация, малая сплоченность общественных организаций, отсутствие «выступления единым фронтом».
- Низкая активность членов советов и пациентской общественности.
- Объективные ограничения членов советов, мешающие им активно включаться в их деятельность (инвалидность, занятость на основной работе, семейные обстоятельства).
- Недостаточная правовая грамотность и низкие компетенции управленческой деятельности.
- непонимание членами советов задач, возможностей, технологий работы советов.
- Отсутствие взаимодействия совета с фигурами, полномочными принимать решения.

Роль общественных советов для НКО (в оценках общественных организаций):

- Возможность быть услышанными, возможность донесения проблем до органов власти.
- Возможность встретиться со всеми субъектами, ответственными за решение проблемы, и оперативно решить ее¹⁹.
- Площадка для свода и систематизации проблем, поиска их решений на институциональном уровне («от конкретных проблем к системным, поиск возможностей устранения системных проблем»).
- Площадка для межсекторного взаимодействия, для переговоров и совместного поиска решения проблем.
- Повышение статуса пациентских НКО-членов совета («Чтобы тебя не боялись и считали адекватным»).
- Консолидация пациентских НКО в регионе.

Роль общественных советов для системы здравоохранения (в оценках менеджеров здравоохранения):

- Получение обратной связи по своей деятельности.
- Предвидение и предупреждение возможных рисков и подготовка «мягких решений» при планируемых изменениях в системе здравоохранения («получение рекомендаций для совершенствования нашей деятельности»).
- Дополнительная работа для органов управления здравоохранения по сбору актуальных проблем и возможных путей их решения («советы делают часть работы департамента бесплатно — нарываю информацию и проносят в красивой упаковке, выявляют проблемы и предлагают отчасти пути их решения»).

¹⁹В единичных случаях наиболее активные лидеры НКО, имеющие статус в регионе, отмечали, что иногда решение одиночной проблемы через Совет происходит дольше, чем при прямом обращении в необходимые структуры (это при условии, что проблема понятна и есть прямые связи с субъектами, ответственными за ее решение).

Ожидания относительно эффектов работы общественных советов:

- Активизация работы органов исполнительной власти («Чтоб министерство здравоохранения поднималось, а не падало... Совет должен бодрить орган государственной власти, при котором он находится»).
- Уменьшение потока обращений граждан в учреждения здравоохранения и органы власти с жалобами (в связи с тем, что (а) проблемы пациентов будут решаться, (б) общественные советы станут каналом связи и решения проблем).
- Стимулирование гражданской позиции и активности людей в отношении собственного здоровья и предлагаемых услуг («Люди по-другому будут относиться с одной стороны к своему здоровью, а с другой стороны к тому, что нам предоставляет медицина — по-хозяйски отвечать за то, что вокруг»).

Необходимые условия жизнеспособности и развития советов на территориях:

- Наличие лидера.
- Поддержка со стороны местной власти.
- Наличие центра консолидации пациентских организаций.
- Регулярная работа и реальная деятельность - «зарабатывание» авторитета.

Ближайшие задачи развития общественных советов:

- Доработка правовой концепции советов — в формате совместной работы над Законом об общественном контроле его идеологов и «практиков» в лице лидеров общероссийских пациентских организаций.
 - Наделение советов полномочиями для осуществления контрольных функций (удостоверение общественного эксперта как дополнительная возможность повышения статуса).
 - Наделение советов полномочиями воздействия на органы власти и законодательное закрепление механизма, позволяющего общественным советам добиваться исполнения принятых решений и реагирования органов власти на запросы.
- Пересмотр состава советов в сторону преобладания активных общественных организаций и оставление за чиновниками из министерства канцелярских функций.
- Повышение профессионального уровня и компетенций членов советов:
 - Разработка и внедрение системы обучения членов советов (нормативно-правовые вопросы, техники взаимодействия с властью, формы общественного контроля и др.).
 - Создание системы обмена опытом работы советов (околошкольные образовательные площадки, интернет-портал, вебинары).

Актуальные для участников советов обучающие модули по общественному контролю:

- «Организация общественных проверок по методике «Тайный посетитель».
- «Вариативность проведения независимой оценки качества медицинских услуг» (с мозговым штурмом и проработкой разных технологических

цепочек независимой оценки).

- Создание системы обмена опытом работы советов (окаужные образовательные площадки, интернет-портал, вебинары).
- Просветительская работа среди населения — общественный совет как «информационный шлюз». Информационные технологии двусторонней коммуникации. Сбор и распространение информации, консультирование, проведение оценок и исследований средствами интернет технологий.
- Активизация работы общественных советов при медицинских учреждениях, введение в состав этих советов представителей пациентских НКО.

Успешные практики работы региональных общественных советов:

- Создание объединенной структуры общественного контроля в регионе.
- Создание рабочих групп в общественном совете.
- Использование «перекрестного» присутствия одних и тех же лиц в разных советах.
- Приглашение представителей других общественных советов и органов власти на заседания.
- Налаживание прямого взаимодействия с ключевыми фигурами в органах власти, полномочных принимать решения.
- Обращение к ключевым фигурам в активных организациях при формировании повестки заседания и для получения информации по отдельным вопросам.
- Оперативность в планировании повесток заседаний и взаимодействии.
- Вовлечение членов совета при министерстве здравоохранения в работу министерства.
- Налаживание взаимодействия с общественными советами при ЛПУ и создание единой сетевой структуры общественных советов в регионе.

Проблемы, с которыми сталкиваются общественные советы, свидетельствуют о том, что традиции и сложившийся порядок работы системы здравоохранения остаются сильны. Как органы власти, так и общественность продолжают работать по старым принципам. В то время как новые реалии жизни ставят задачу смены традиционной парадигмы деятельности, установившегося порядка работы и в государственной системе здравоохранения, и в среде общественных организаций.

Предлагаемые участниками общественно-государственного взаимодействия принципы новой парадигмы деятельности государственной системы здравоохранения и гражданского общества это:

- Партнерство во взаимоотношениях органов власти, медицинских учреждений и пациентской общественности.
- Сервисная позиция органов власти по отношению к гражданскому обществу.

Федеральный закон №212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» еще только начинает реализовываться. Очевидно, что по нему возникает множество вопросов. На сегодняшний день многие положения закона воспринимаются неоднозначно, потому что не прописаны механизмы их исполнения, а некоторые из них противоречат существующим стандартам. Закон требует уточняющих подзаконных актов, в которых будут прописаны полномочия, процедуры осуществления различных форм контроля (мониторинга, проверок,

расследований). Тем не менее, по мнению практиков общественного контроля, появление этого закона само по себе — огромный шаг в становлении системы общественного контроля в стране. И в настоящее время это единственный законодательный документ, на который можно опираться. Общая актуальная задача — более глубокая проработка и поиск содержания форм общественного контроля.

Общественные проверки

В регионах на практике НКО и общественными советами реализуются различные виды общественных проверок:

- Выборочные проверки по итогам независимой оценки качества оказания медицинских услуг.
- Проверки по фактам жалоб.
- Плановые «тематические» профильные проверки — проходят «волнами»: проверки взрослых поликлиник, проверки детских поликлиник, проверки тубдиспансеров, онкодиспансеров, учреждений социального типа для престарелых, сирот и т. д.
- Проверки по запросу главных специалистов и министерства здравоохранения (напр., по запросу главного онколога, проверка работы онко кабинетов в поликлиниках: выдерживание графика работы, работа регистратуры по направлению в кабинет, своевременность присутствия врача на рабочем месте).
- «Упреждающие» проверки исследовательского характера — возможная перспектива развития общественных проверок (проведение проверок - «зондажа проблемы» в преддверии каких-то тем, выносимых на заседание совета).
- Проверки по маркетинговой методике «тайный посетитель» - одна из форм общественной проверки, внедряемая как активными пациентскими НКО, так и общественными советами. При такой проверке акцент может быть на проверке работы медицинского учреждения или на оценке нововведений, эффективности тех или иных новых внедряемых форм работы — в последнем случае представители пациентской общественности выступают экспертами-потребителями медицинских услуг, проверка приобретает характер экспертизы нововведений.

Актуальные задачи развития общественных проверок:

- Выработка нормативов получения права на осуществление общественного контроля в работе общественных советов.
- Наделение членов общественных советов полномочиями надзорных органов — для возможности инициировать проверку или активность прокуратуры. Обеспечение членов общественных советов разрешительными документами.
- Проработка механизма проведения проверок («чтобы каждый Совет не выдумывал свой велосипед»).
- Создание механизма «смежных» проверок (для возможности привлечения в комиссию по проверке членов Общественных советов Министерства социальной защиты, Министерства внутренних дел и др.).

Важные условия эффективности общественных проверок (опыт регионов):

- Наличие специально созданной при совете рабочей группы по общественным проверкам.
- Методологическая проработка — разработка механизма проверок, набора критериев для оценки, наличие четкого инструмента оценки (таким образом построена работа в Омской и Сахалинской областях).
- Доведение результатов проверок до соответствующего органа исполнительной власти: приглашение представителей министерств на заседания Советов по итогам проверок, совместная выработка заключения по результатам проверок либо направление заключения в министерство.
- Контроль за исполнением рекомендаций и решений по результатам проверок рабочей группой общественного совета.

Трудности в осуществлении мониторинга и проверок в общественных советах:

- Трудности правового характера: отсутствие юридических оснований и достаточных полномочий для осуществления проверок медицинских учреждений членами общественных советов из числа общественности. Отсутствие у ТО Росздравнадзора, при которых действует часть советов соответствующих полномочий.
- В структурах контроля понятие «проверка» тесно связано с понятием «аккредитация» на ее осуществление. Внутри процедуры аккредитации «защиты» серьезные ограничители (наличие медицинского образования, стажа и др.).
- Кадровые проблемы:
 - Отсутствие подготовленных экспертов для проведения проверок.
 - Привлечение к проверкам «случайных людей» не из числа пациентских НКО (что ставит под сомнение качество собранных анкет и выдаваемых заключений).
 - Ограниченность возможностей общественной проверки: проверка качества лечения возможна только через профессиональную экспертизу профессиональными экспертами.
- Традиционная закрытость органов власти.
 - Ограниченность проверок «желанием органов власти их осуществлять».
 - Закрытость доступа к экономической информации по объемам затрат на лекарства, на расходные материалы, на зарплату и тп. ограничивает оценку работы лечебного учреждения.
 - Закрытость медицинских учреждений, как государственных, так и государственно-частных партнерств.
- Монополия на проверки территориальных органов управления здравоохранением.
- Замкнутость проверок на министерство здравоохранения. Разрозненность общественных советов при разных министерствах (здравоохранения, социальной защиты, труда, внутренних дел) осложняет задачу организации комплексной системы проверок.
- Отсутствие механизмов влияния общественного совета на принятие управленческих решений по результатам проверок.

Общественная экспертиза

Трудности в развитии общественной экспертизы:

- Отсутствие системы подтверждения квалификации экспертов.
- Отсутствие профессионалов среди экспертов-общественников.
- Отсутствие независимых экспертов-врачей.
- Отсутствие навыков экспертного системного подхода к решению проблем.
- Незаинтересованность органов исполнительной власти в общественной экспертизе, которая будет вскрывать острые проблемы и требовать их решения.
- Отсутствие системы оплаты труда, которая бы позволяла общественным советам приглашать экспертов.

Возможные направления общественной экспертизы:

- Экспертиза медицинских учреждений на предмет оценки доступности и качества медицинских услуг.
- Экспертиза законопроектов и финансовый анализ.

Возможные формы общественной экспертизы:

- Техническая экспертиза документооборота медицинского учреждения на соответствие предоставленных услуг и выполненных функций объему и формам, заложенным в НПА и внутренним документам учреждения.
- Экспертиза качества оказания медицинских услуг.
- Экспертиза субъективного аспекта оказания медицинских услуг — удовлетворенности пациентов полученными услугами.

Обязательные стартовые действия при проведении общественной экспертизы:

- Запрос у надзорного органа на проведение активной общественной проверки.
- Проверка документов организации на предмет того, заложено ли исполнение функции в должном объеме в стандартах, по которым работает учреждение (проверка положений учреждения, оценка возможностей оказания услуг, вызвавших нарекания). Проблема может быть выявлена уже на этом этапе (недоукомплектованность кадрами или нехватка мощностей медучреждения).

Общественные обсуждения

Формы общественных обсуждений:

- очные (круглые столы, открытые и/или выездные заседания, конференции, форумы);
- заочные (на виртуальных интернет-площадках).

Важное условие эффективности общественных обсуждений — тщательный анализ проблем, выносимых на общественное обсуждение (интенсивное привлечение внимания к проблеме требует изначального понимания возможных результатов актуализации темы).

Специфика общественных обсуждений — часто они не заканчиваются принятием решения, обсуждения нужны в большей мере для обнародования проблемы, сбора аргументов разных сторон и понимания, насколько каждая сторона

«готова двигаться». Далее решение проблемы происходит уже не на публичном обсуждении, а на двусторонних переговорах с министерством.

Использование крупных значимых площадок других структур (других советов при первых лицах и органах государственной власти региона, Общественной Палаты и др.) делает весомым проводимые заседания совета, привлекая больше участников и превращая заседание в формат общественного обсуждения.

Общественные слушания

Роль общественных советов в проведении общественных слушаний непонятна, поскольку по существующей практике они инициируются органами власти. Общественные советы могут участвовать и выступать в них, но управление слушаниями — сфера не их компетенции.

Возможна ли организация общественных слушаний на площадке общественных советов — открытый вопрос, ответ на который должны дать подзаконные акты к ФЗ №212.

Актуальная задача общественных советов для полноценного участия в общественных слушаниях — изменение собственной позиции на более активную; стимулирование органов власти проводить слушания, тщательная подготовка к слушаниям: предварительная проработка предлагаемого закона, сбор заключений о возможных проблемах, приглашение, при необходимости, экспертов для участия в слушаниях, подготовка предложений.

Общественные расследования

В ФЗ №212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» эта форма контроля прописана неопределенно. Без разъясняющих подзаконных актов претворение ее в жизнь не обеспечено необходимыми полномочиями.

Возможное развитие этого направления общественного контроля — выработка технологий общественного расследования по аналогии с журналистским и профессиональным расследованием (сбор фактов по ЧП, опросные методы, выстраивающие логическую цепочку произошедших событий, привлечение экспертов для соответствующих освидетельствований и заключений).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие правовой поддержки социально ориентированных НКО для дальнейшей оптимизации общественной системы защиты прав граждан как пациентов будет оставаться одним из приоритетных для Всероссийского союза пациентов направлений деятельности.

Данные исследований, методики правовой работы общественных организаций, выработанные в ходе Программы «Создание системы правовой поддержки социально ориентированных НКО в области защиты прав пациентов в сфере здравоохранения и социальной защиты», в ходе образовательных программ, консультаций, общественных презентаций и обсуждений совместных мероприятий, переданы широкому кругу активистов пациентского движения в Российской Федерации, представлены экспертному и широкому сообществу посредством комплекса публикаций материалов и размещения в сети интернет.

На базе Всероссийского союза пациентов развернута система поддержки социально ориентированных НКО, действующих в области защиты пациентов, социальной адаптации инвалидов и членов их семей, независимой оценки услуг здравоохранения и социальной защиты. Система обеспечивает сбор информации и обмен данными между НКО, представителями экспертных и пациентских сообществ, в текущем режиме способствует повышению профессионализма сотрудников социально ориентированных общественных организаций пациентов на территории Российской Федерации, содействует развитию взаимодействия между НКО, государственными структурами через систему общественно-государственных площадок – общественных советов при органах управления здравоохранением.

В деятельность сети НКО и общественных советов вовлечено значительное число пациентских сообществ. Органы власти и их общественные партнеры получили в ходе Программы практический опыт конструктивного взаимодействия, увидели друг в друге необходимых и достойных доверия партнеров.

При этом задачи правовой поддержки социально ориентированных НКО в сфере здравоохранения пока далеки от разрешения. И обществу, и государству необходима работа по дальнейшей оптимизации правового обеспечения использования общественных ресурсов в здравоохранении. Необходимы новые механизмы общественного участия, распространение зарекомендовавших себя практик общественно-государственного взаимодействия. Необходима дальнейшая разработка и конкретизация законодательных норм, регулирующих общественное участие, общественный контроль. Активисты общественных организаций нуждаются в дальнейшем обучении и текущей поддержке.

В этой связи опыт, полученный в ходе реализации Программы, станет базой для дальнейшей многосторонней работы Всероссийского союза пациентов с СО НКО, пациентами, государственными структурами и широким кругом социальных партнеров.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

ДЕКЛАРАЦИЯ О ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Пациент центрированное здравоохранение – путь к справедливой, эффективной и оптимальной по затратам системе общественного здравоохранения

Системы здравоохранения во всем мире не могут быть эффективными, если они ставят во главу угла болезнь, а не пациента, необходимо вовлекать пациентов и стремиться к повышению приверженности к лечению, отказу от вредных привычек и введению самоконтроля. Пациент центрированное здравоохранение может стать самым эффективным и оптимальным по затратам путем к улучшению результатов лечения для пациентов.

Для нас, Международного Альянса Пациентских Организаций (IAPRO), главным в пациент центрированном здравоохранении является то, что такая система отвечает нуждам и запросам (предпочтениям) пациентов и эффективна по результатам и стоимости. Такая система здравоохранения предполагает большую ответственность пациентов и оптимальное использование ресурсов здравоохранения, что ведет к улучшению результатов лечения, повышению качества жизни и оптимизации расходов на здравоохранение.

Приоритеты пациентов, семей и участников системы здравоохранения различны в каждой стране и для каждого заболевания. Но, несмотря на видимые различия, у нас есть общие цели и приоритеты. Мы считаем, что система здравоохранения, в центре которого стоит пациент, должна основываться на следующих пяти принципах:

1. Уважение

Пациенты и те, кто за ними ухаживает, имеют фундаментальное право на пациент ориентированное здравоохранение, которое уважает их личные нужды, предпочтения и ценности, а также их право на выбор и независимость.

2. Выбор и расширение прав и возможностей

Пациенты имеют право участвовать по мере своих сил и возможностей в качестве партнера в принятии решений по вопросам здравоохранения, влияющим на их жизнь, и несут за это ответственность. Это требует создания такой системы охраны здоровья, которая отвечала бы требованиям пациентов и давала бы им возможность осуществлять выбор при проведении лечения и в сфере управления здравоохранением, в котором учитываются нужды пациентов. В такой системе здравоохранения осуществляется поддержка пациентов и тех, кто за ними ухаживает, и достигается максимально возможное качество жизни. Пациентским организациям необходима поддержка. Именно они должны играть ведущую роль в вопросах поддержки пациентов и их семей, чтобы пациенты могли воспользоваться своим правом и сделать выбор, имея для этого достаточно информации.

3. Вовлечение пациентов в разработку политики здравоохранения

Пациенты и пациентские организации должны иметь право участвовать в принятии решений в области здравоохранения, активно и сознательно вовлекаться в процесс принятия решений на всех уровнях и, таким образом создавать ситуацию, когда пациент стоит в центре проблемы. Нельзя сводить участие пациентов к только выработке политики в области здравоохранения, но необходимо привлекать пациентов, например, к решению вопросов социальной политики, что, в конечном

итоге, окажет влияние на жизнь пациентов. См. заявление ИАРО на <https://www.iapo.org>

4. Доступ и поддержка

Пациенты должны иметь право пользоваться услугами здравоохранения, отвечающими состоянию их здоровья. Это подразумевает доступ к безопасным, качественным и соответствующим состоянию пациентов услугам, лечению, превентивной терапии и оздоровительным мероприятиям. Необходимо, чтобы все пациенты имели доступ к необходимым им услугам независимо от их состояния и социально-экономического статуса. Для того чтобы пациенты могли достигнуть наилучшего качества жизни, система здравоохранения должна отвечать на эмоциональные запросы пациентов и принимать во внимание не связанные со здравоохранением факторы, такие как образование, занятость и вопросы семьи, что оказывает влияние на выбор пациента и его поведение.

5. Информация

Точная, существенная и доступная информация важна для того, чтобы пациенты и те, кто за ними ухаживает, могли сделать ответственный выбор лечения и жизни с болезнью. Информация должна преподноситься пациентам в соответствующем формате, учитывая уровень грамотности, состояние, язык, возраст, понимание, способности и культуру. См. заявление ИАРО на www.patientsorganizations.org/healthliteracy

Для создания пациент-центрированного здравоохранения на всех уровнях и во всех странах Международный Альянс Пациентских Организаций (ИАРО) призывает политиков, профессионалов здравоохранения, тех, кто предоставляет услуги, связанную со здравоохранением промышленность поддержать эти Пять Принципов и поставить их в центр политики и практики. Мы призываем все заинтересованные стороны создать необходимые структуры, привлечь достаточные ресурсы и обучение и обеспечить выполнение принципов, приведенных в данной декларации.

Приложение 2.

ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ

Настоящая Декларация о правах пациентов в России разработана на основе:

- Конституции Российской Федерации;
 - законов Российской Федерации;
 - Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994),
 - Европейской хартии прав пациентов (разработана рабочей группой представителей государств-членов ЕС, проект обсужден в Риме 7 сент. 2002 г. при поддержке Инициативы Active Citizenship Network и European Charter of Patients Right);
 - Хартии основных прав человека Европейского Союза²⁰;
 - теории и практики охраны здоровья, медицинской помощи и защиты прав пациентов в России, -
- и принята на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве.

Преамбула

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

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

Настоящая Декларация выражает консолидированное мнение гражданского общества о необходимости принятия в России мер по созданию более совершенных механизмов реализации прав пациентов, улучшению правовых норм и механизмов

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

защиты прав. Основой этих процессов должна быть максимальная открытость. Ни одно решение, способное повлиять на систему охраны здоровья, не должно приниматься государством без общественных слушаний.

Декларация обращается к гражданскому обществу, институтам государства и ко всем тем, кто может своими действиями содействовать защите или реализации этих прав. Реализация положений Декларации должна стать приоритетной задачей любых объединений активных граждан, которые занимаются вопросами прав пациентов, но она обращена также к специалистам и администраторам здравоохранения, к законодателям, государственным и правоохрнительным органам.

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

Часть 1. Права пациентов

1.1. Право на профилактические мероприятия

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

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

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

1.2. Право на доступность медицинской помощи

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

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

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

Государство должно устранить барьеры к получению медицинской помощи в виде платности в государственных и муниципальных учреждениях, обязательности представления полисов ОМС, регистрации по месту жительства и

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

иных условий, ограничивающих конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Обеспечение необходимыми лекарствами должно быть бесплатным.

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

1.3. Право на информацию

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Медицинская организация и медицинский персонал обязаны по требованию или просьбе пациента подробно информировать его о предлагаемом лечении и связанных с ним рисках и осложнениях, побочных эффектах, альтернативных способах диагностики и лечения, их преимуществах и недостатках, о возможных изменениях плана лечения в процессе лечения (в том числе в процессе операции, при развитии осложнений, побочных нежелательных реакциях).

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

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

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

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

Согласие пациента следует получать только на основе этих принципов.

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

1.5. Право на свободу выбора

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

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

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

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

Пациент имеет право выбора врача или медицинской организации. Медицинская организация обязана обеспечить реализацию этого права.

Информация о работе медицинских организаций должна быть доступной, включая сравнительный анализ качественных показателей между учреждениями

одного профиля, когда это возможно (рейтинги). Так же должна быть доступна информация о квалификации и результатах работы медицинского персонала.

1.6. Право на защиту частной жизни и конфиденциальность информации

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

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

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

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

1.7. Право на уважение личного времени пациента

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

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

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

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

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

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

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

1.8. Право на соблюдение стандартов

Каждый человек имеет право на доступ к качественной медицинской помощи на основе соблюдения стандартов качества медицинской помощи и условий ее оказания. Стандарты должны определять уровень качества медицинской

помощи, обеспечивающий максимально возможное излечение или недопущения болезни.

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

1.9. Право на безопасность

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

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

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

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

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

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

1.10. Право на инновации

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

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

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

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

1.11. Право на исключение боли и страданий

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

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

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

1.12. Право на индивидуальное лечение

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

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

1.13. Право на жалобы и претензии

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

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

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

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

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

1.14. Право на возмещение ущерба

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

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

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

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

1.15. Права членов семьи пациента

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

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

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

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

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

1.16. Право на защиту

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

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

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

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

обращение в правоохранительные органы и суды, стимулирование создания системы уполномоченных по правам пациентов в медицинских организациях;

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

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

- институт независимой медицинской экспертизы;

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

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

- передача патологоанатомической службы в ведение Росздравнадзора;

- передача судебно-медицинских учреждений в ведение Министерства юстиции РФ или прокуратуры РФ;

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

Часть II. Права граждан на активность

Права граждан на активность

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

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

2.1. Право на деятельность в интересах общества

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

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

2.2. Право на деятельность для представления интересов пациентов

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

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

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

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

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

Часть III

Рекомендации по имплементации Декларации

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

Информация и образовательная деятельность

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

Поддержка

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

Надзор

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

Защита

Декларация может использоваться, чтобы вызвать действия по защите прав пациентов, нарушение которых необходимо предотвратить, а также для восстановления прав, которые были нарушены. Такие мероприятия могут проводиться общественными организациями, институтами или комиссиями/комитетами, такими как, например, уполномоченные по правам пациентов, этические комитеты, комиссии по альтернативному улаживанию споров, мировыми судьями или судами, здравоохранной прокуратурой. В этих целях следует применять институты/организации, процедуры и инструменты из «российского правового пространства».

Диалог

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

Предоставление бюджета

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

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

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

Государство также финансирует программы и механизмы по защите прав пациентов.

Законодательство

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

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

Приложение 3.

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ

1. Общие положения

Данный Этический Кодекс (далее – «Кодекс») регулирует отношения общественных объединений пациентов, обществ по защите прав пациентов и некоммерческих организаций, действующих в интересах пациентов, - разделяющих положения настоящего Кодекса (далее - «объединения, руководствующиеся Кодексом»), с организациями и лицами, осуществляющими производство и реализацию товаров (работ, услуг) медицинского назначения, или выступающими от их имени или в их интересах (далее – «организации медицинской сферы»), с органами государственной власти, друг с другом и Всероссийским союзом пациентов (далее – «Союз»).

Целью этического регулирования является создание правил работы объединений, руководствующихся Кодексом, позволяющих достичь максимальной эффективности их деятельности, направленной на улучшение качества медицинской и медико-социальной помощи в интересах каждого пациента.

Указанное качество медицинской и медико-социальной помощи включает в себя обеспечение доступности оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, лекарственной помощи, мер, направленных на реабилитацию и социальную интеграцию пациентов и инвалидов.

Эти цели объединений, руководствующихся Кодексом, нередко совпадают с интересами организаций медицинской сферы, основная задача которых продать медицинские товары, работы или услуги. Такое совпадение целей и интересов нередко создает впечатление, что объединения, руководствующиеся Кодексом, могут быть инструментом организаций медицинской сферы по продвижению конкретных медицинских товаров, работ или услуг на рынках, и служат извлечению прибыли, однако эти же отношения нередко способствуют реализации права граждан на доступность качественной лекарственной помощи и медицинских услуг, что в совокупности требует особого этического регулирования.

Объединения, руководствующиеся Кодексом, стремятся содействовать реализации как можно большего объема прав пациентов, изложенных в Декларации прав пациентов в России, принятой на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве, поскольку от объема реализованных прав нередко зависит здоровье и даже жизнь человека. Стремясь к этой цели объединения, руководствующиеся Кодексом, в отношениях с органами государственной власти придерживаются конструктивности, обоснованности и гласности.

Объединения, руководствующиеся Кодексом, признают необходимость регулирования отношений друг с другом, направленного на взаимную поддержку и консолидацию в целях достижения наилучших практик в сфере реализации прав пациентов и их защиты.

Всероссийский союз пациентов не подменяет собой существующие объединения, но оказывает им помощь, направленную на консолидацию и наиболее эффективную деятельность.

2. Этические принципы деятельности общественных объединений пациентов и обществ по защите прав пациентов

Все нижеперечисленные принципы находятся во взаимосвязи и не могут рассматриваться отдельно друг от друга.

Принцип пациентского централизма: деятельность объединений, руководствующихся Кодексом, направленная на реализацию прав пациентов и защиту этих прав, имеет приоритет перед прочей деятельностью. Никакие условия не могут нарушать принципа пациентского централизма.

Принцип реальной возможности: деятельность объединений, руководствующихся Кодексом, осуществляется в рамках доступных ресурсов.

Принцип соответствия статусу: уставная деятельность объединений, руководствующихся Кодексом, не может подменяться иной деятельностью, включая непосредственную деятельность по продвижению конкретных медицинских товаров, работ или услуг.

3. Отношения с организациями медицинской сферы

3.1. Руководителями объединений, руководствующихся Кодексом, не могут быть руководители, сотрудники и/или учредители организаций медицинской сферы, а так же их родственники.

3.2. Деятельность объединений, руководствующихся Кодексом, не должна быть направлена на создание преимущества одной организации медицинской сферы перед другой, если речь не идет о расширении фактической доступности медицинских товаров (работ, услуг) для пациентов, включая доступность по цене в соотношении с качеством, по приближенности к месту нахождения пациента, по срокам получения и по наличию услуг и препаратов в перечнях (стандартах) для льготных категорий граждан и стационаров.

3.3. Объединения, руководствующиеся Кодексом, и их представители не вправе оказывать организациям медицинской сферы платные услуги, непосредственно связанные с продвижением их товаров (работ, услуг) на рынках. Предметом договора пожертвования объединений, руководствующихся Кодексом, с организациями медицинской сферы не может быть продвижение конкретных медицинских товаров (работ, услуг) в любой форме.

3.4. Объединения, руководствующиеся Кодексом, не вправе принимать любые средства и ресурсы от организаций медицинской сферы, чьи товары (работы, услуги) не имеют доказанной эффективности и безопасности, если речь не идет о поддержке проведения клинических исследований лекарств, технологий, оборудования и т.п. для лечения тяжелых, жизнеугрожающих заболеваний, то есть в случае, если эффективность и безопасность товаров (работ, услуг) еще не установлены надлежащим способом, но их применение может положительно влиять на здоровье и жизнь людей.

3.5. При наличии сомнений в эффективности и безопасности медицинского товара (работы, услуги) объединение, руководствующееся Кодексом, вправе инициировать или самостоятельно провести экспертизу его эффективности и безопасности, в зависимости от результатов которой устранить сомнения или получить их подтверждение.

3.6. При наличии сомнений в эффективности и безопасности товара (работы, услуги), а так же при наличии сведений о нарушении требований к эффективности и безопасности или сведений о причинении вреда гражданам применением товара (работы, услуги) объединения, руководствующиеся Кодексом, запрашивают в соответствующей организации медицинской сферы сведения, позволяющие

устранить сомнения, или сообщают об обоснованных сомнениях и выявленных нарушениях в компетентные органы и в Союз.

3.7. Объединения, руководствующиеся Кодексом, не вправе позитивно и публично упоминать конкретные, в частности торговые наименования медицинских товаров (работ, услуг) (если только они не совпадают с международными непатентованными наименованиями), а так же предоставлять места для размещения о них информации (рекламы). При проведении конференций, семинаров, школ и других публичных мероприятий допускается предоставление информационных стендов при условии участия в вышеуказанных мероприятиях более одной организации медицинской сферы одного профиля. При издании журналов, газет, интернет ресурсов и иных изданий объединения, руководствующиеся Кодексом, не вправе размещать рекламу медицинских товаров (работ, услуг). Допускается публикация в таких изданиях статей, в которых упоминаются не менее двух конкурирующих товаров (работ, услуг) разных производителей.

3.8. При намерении провести публичное мероприятие (программу, проект и т.п.) при поддержке организаций медицинской сферы объединение, руководствующееся Кодексом, обязано направить просьбу о поддержке всем конкурирующим организациям медицинской сферы одного направления или организациям медицинской сферы, которые могут быть заинтересованы в его проведении (имеют товар (работу или услугу) предназначенный для пациентов, участвующих или привлеченных к мероприятию, для осуществления видов лечения и реабилитации, упоминаемых в рамках публичного мероприятия), но не менее чем двум, когда наличие или точное число заинтересованных организаций не известно.

3.9. В том случае, если только лишь одна организация медицинской сферы заинтересована в проведении публичного мероприятия (программе, проекте и т.п.) и готова его поддержать, объединение, руководствующееся Кодексом, обязано проинформировать об этом руководство Союза. При этом в Союз предоставляются программа мероприятия, наименование благотворителя (жертвователя) и условия финансирования мероприятия. Сопредседатели Союза совместным решением дают заключение о соответствии (несоответствии) мероприятия требованиям данного Кодекса. Заключение принимается большинством голосов Сопредседателей Союза. Сопредседатель имеет право на особое мнение. При необходимости Сопредседатели определяют наблюдателя за соблюдением в ходе подготовки и проведении такого мероприятия норм настоящего Кодекса.

3.10. Наблюдатели могут назначаться Сопредседателями Союза так же для осуществления наблюдения на любые публичные мероприятия объединений, руководствующихся Кодексом.

3.11. В случае выявления нарушений в ходе подготовки или проведения публичного мероприятия (программы, проекта) наблюдатель сообщает об этом нарушителю, а затем, если нарушение не будет устранено, одному из Сопредседателей Союза, который направляет нарушителю письменное предписание об устранении нарушения.

3.12. Наблюдатель составляет отчет о мероприятии в течение пяти дней после его завершения и направляет его одному из Сопредседателей Союза.

3.13. Сведения о нарушениях данного Кодекса могут поступать в Союз не только от официально назначенных наблюдателей, но из любых источников.

3.14. Сопредседатели вправе поставить перед Конференцией Союза вопрос о несоответствии деятельности объединения пациентов и их защитников правилам настоящего Кодекса (признать его поведение не этичным), а по отношению к

членам Союза – вопрос об исключении из членов Союза или о доведении до коллегиального руководящего органа - члена Союза - сведений о выявленных нарушениях. Соответствующие решения Конференции Союза публикуются на сайте Союза и могут быть направлены в органы государственной власти.

3.15. Не могут быть основанием для применения каких-либо санкций не достоверные сведения.

3.16. Не может считаться нарушением правил данного Кодекса деятельность объединений пациентов и их защитников, направленная на защиту прав граждан на медицинскую помощь в форме обращений в органы власти, правоохранительные органы и суды. Такая деятельность приветствуется при наличии соответствующих оснований. В случае если нарушение права не будет устранено в установленные законом или в обращении сроки, или гражданину причинен вред здоровью или жизни нарушением прав, а так же если имеются сведения о нарушении соответствующих прав нескольких граждан, объединение пациентов и их защитников вправе придать соответствующие факты широкой огласке, невзирая на упоминание в этом сообщении определенного торгового наименования товара, работы или услуги.

4. Отношения с органами государственной власти

4.1. Объединения, руководствующиеся Кодексом, добиваются от государства для пациентов России максимальной реализации прав, которые изложены в Декларации прав пациентов в России, принятой на Первом Всероссийском конгрессе пациентов 28 мая 2010 года в Москве.

4.2. При обращении к органам государственной власти объединения, руководствующиеся Кодексом не должны упоминать конкретные торговые наименования медицинских товаров (работ, услуг).

4.3. Объединения, руководствующиеся Кодексом, вправе получать поддержку органов государственной власти. Такая поддержка не может достигаться ценой нарушения принципа пациентского централизма.

5. Отношения объединений, руководствующихся кодексом, друг с другом и с союзом

5.1. Деятельность объединений, руководствующихся Кодексом, по отношению к другим объединениям, руководствующимся Кодексом, основана на принципах взаимного уважения, доверия и поддержки.

5.2. Деятельность объединений, руководствующихся Кодексом, независима от Союза.

5.3. Союз осуществляет следующие основные функции в отношениях с объединениями, руководствующихся Кодексом:

- координационную для обмена информацией, выработки единых позиций, проведения совместных мероприятий;
- образовательную для передачи имеющегося опыта, привлечения экспертов;
- правозащитную для защиты прав пациентов;
- деятельность по продвижению принятых решений в СМИ, общественных и государственных органах;
- наблюдение за соблюдением норм данного Кодекса по правилам, указанным в гл. 2 настоящего Кодекса.

5.4. Союз, получив достоверную информацию о несоблюдении правил данного Кодекса любыми лицами, вправе признать деятельность этих лиц не

этичной и сообщить об этом самому лицу, а так же заинтересованным органам государственной власти и СМИ. При необоснованном сообщении о нарушении норм Кодекса третьим лицам Союз несет ответственность за причинение вреда репутации лица, в отношении деятельности которого распространяется информация о нарушении норм Кодекса.

6. Присоединение к этическому кодексу

6.1. Общественное объединение пациентов, общество по защите прав пациентов и некоммерческая организация любой организационно-правовой формы, действующая в интересах пациентов, может присоединиться к Этическому Кодексу и принять его за основу своих отношений с указанными в нем сторонами.

6.2. О своем решении присоединиться к данному Этическому Кодексу заявитель направляет одному из Сопредседателей Союза соответствующее сообщение в свободной форме. Такое решение означает, что заявитель в своей работе руководствуется всеми правилами Этического Кодекса без исключений.

6.3. Присоединение происходит автоматически после получения Союзом соответствующего сообщения и не требует специального решения.

7. Дополнения и изменения в этическом кодексе

Объединения, руководствующиеся Кодексом, вправе предлагать в него изменения и дополнения. Решение о таких изменениях (дополнениях) или отказе в их принятии принимается Конференцией Всероссийского союза пациентов.

Приложение 4.

ВЫДЕРЖКИ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ ПО ВОПРОСАМ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРАВ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Основы прав пациентов

*Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
(извлечения)*

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

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

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.
2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.
3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.
4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:
 - 1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;
 - 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
 - 3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в

отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

3.1) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с частью 6 статьи 34.1 Федерального закона от 4 декабря 2007 года N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивную подготовку и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

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

помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

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

5. Пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

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

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

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

- 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.
4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.
5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.
6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.
8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:
 - 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);
 - 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
 - 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
 - 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
 - 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.
10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

- 1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации;
- 2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

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

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

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

- 1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;
- 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь

по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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

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

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

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

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

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

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

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

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

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

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

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Статья 32. Медицинская помощь

1. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

2. К видам медицинской помощи относятся:

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

3. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Формами оказания медицинской помощи являются:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

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

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

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

Статья 33. Первичная медико-санитарная помощь

1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

3. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Статья 34. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

1. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

2. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

5. Порядок финансового обеспечения, в том числе посредством предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации, оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации устанавливается Правительством Российской Федерации.

6. Высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, оказывается федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок формирования указанного перечня устанавливается Правительством Российской Федерации.

7. Высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации оказывается медицинскими организациями, перечень которых утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Порядок формирования указанного перечня устанавливается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

8. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением специализированной информационной системы в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 35. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.
3. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
4. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).
5. Медицинская эвакуация включает в себя:
 - 1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами;
 - 2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.
6. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.
7. Медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Перечень указанных медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
8. Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

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

стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

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

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

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

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

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

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

Обязательное медицинское страхование, платная медицинская помощь
Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
(извлечения)

Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) предоставляются:

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

2. При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. Порядок формирования перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, устанавливается Правительством Российской Федерации.

2.1. Предельные отпускные цены производителей на медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предельные размеры оптовых надбавок и предельные размеры розничных надбавок к фактическим отпускным ценам на указанные медицинские изделия подлежат государственному регулированию и определяются в соответствии с методикой, установленной Правительством Российской Федерации.

2.2. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации:

1) осуществляет государственную регистрацию или перерегистрацию предельных отпускных цен производителей на медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) ведет государственный реестр предельных отпускных цен производителей на медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Указанный реестр содержит следующие сведения:

- а) наименование производителя медицинского изделия;
- б) наименование медицинского изделия;
- в) вид медицинского изделия в номенклатурной классификации медицинских изделий;
- г) регистрационный номер медицинского изделия;
- д) зарегистрированная предельная отпускная цена производителя на медицинское изделие в рублях;
- е) дата государственной регистрации предельной отпускной цены производителя на медицинское изделие.

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

граждан:

- 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;
 - 2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
 - 3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;
 - 5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;
 - 6) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала;
 - 7) медицинская деятельность, связанная с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), включающая проведение мероприятий по медицинскому обследованию донора, обеспечение сохранности донорских органов и тканей до их изъятия у донора, изъятие донорских органов и тканей, хранение и транспортировку донорских органов и тканей.
4. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.
5. В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:
- 1) перечень видов (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи), форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
 - 2) перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
 - 3) категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
 - 4) базовая программа обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском

страховании;

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

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

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

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

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

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

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

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

Статья 81. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

1. В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

2. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

3) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

4) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации

права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

7) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

8) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

9) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

10) порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

3. Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

4. При формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

1) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

2) особенности половозрастного состава населения;

3) уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

4) климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

5) сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

5. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ обязательного медицинского страхования.

6. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации заключают соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Указанные в настоящей части соглашения заключаются по форме, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 84. Оплата медицинских услуг

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных

медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.

8. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей».

*Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
(извлечения)*

...Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе
Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

- 1) обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;
- 2) объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- 3) страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- 4) страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;
- 5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;
- 6) страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
- 7) застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 8) базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;
- 9) территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

...Статья 10. Застрахованные лица

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

- 1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;
- 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);
- 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
- 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
- 5) неработающие граждане:
 - а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
 - б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
 - в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
 - г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
 - д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
 - е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
 - ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах "а" - "е" настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

...Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на:

- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
 - 2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
 - 3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
 - 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
 - 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
 - 6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
 - 7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
 - 8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.
2. Застрахованные лица обязаны:
- 1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
 - 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
 - 3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
 - 4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

7. Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте

страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, не позднее 25 дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета (реестра счетов), предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определяется правилами обязательного медицинского страхования...

Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

3. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. Указанные в настоящей части нормативы финансовых затрат на

единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

4. Страхование обеспечения в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях:

- 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения;
- 19) беременность, роды, послеродовой период и аборты;
- 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

7. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и

прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

8. Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. Указанные в настоящей части значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

3. Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях, указанных в части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом

финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

5. В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

6. Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

7. Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

8. При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в

соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

10. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

11. Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда.

12. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети "Интернет" утвержденные территориальные программы обязательного медицинского страхования в срок не позднее 14 календарных дней со дня их утверждения.

13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется в том числе с учетом условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования обеспечивает внесение изменений в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с указанным в настоящей части соглашением.

*Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг
(утверждены постановлением Правительства Российской Федерации
от 4 октября 2012 г. № 1006)
(извлечения)*

I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг.

2. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель,

получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик»- физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Понятие «медицинская организация» употребляется в настоящих Правилах в значении, определенном в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

5. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

6. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

7. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

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

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

...9. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

10. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

11. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование (если имеется);

для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество (если имеется);

б) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа

Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

12. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

13. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

а) копию учредительного документа медицинской организации - юридического лица, положение о ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, либо копию свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

14. При заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора...

Побочные действия лекарственных препаратов, нежелательные реакции или отсутствие терапевтического эффекта

Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства.

<p>ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НР</p> <p>ФИО:</p> <p>Должность и место работы:</p> <p>Адрес учреждения:</p> <p>Телефон:</p> <p>Дата получения информации:</p>	<p>ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ</p> <p>Инициалы:</p> <p>№ амбулаторной карты или истории болезни</p> <p>_____</p> <p>Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж</p> <p>Возраст: _____ Вес (кг): _____</p> <p>Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель</p> <p>Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно</p>
<p>Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение</p> <p>Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное</p> <p><input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____)</p>	

					Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно	
Аллергия (указать на что):						
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР						
Международное непатентованное название (МНН)					Торговое название	
Производитель			Страна			Номер серии
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
			//	//		
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР						
Международное непатентованное название (МНН)					Торговое название	
Производитель			Страна			Номер серии
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
			//	//		
ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР						
Международное непатентованное название (МНН)					Торговое название	
Производитель			Страна			Номер серии
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
			//	//		
ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)						
Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал						
МНН	ТН		Путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
				//	//	
				//	//	
				//	//	
				//	//	
				//	//	

Описание НР: 	Дата начала НР: ____ / ____ / ____
	Дата разрешения: ____ / ____ / ____
Сопровождалось ли отмена ЛС исчезновением НР? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС не отменялось <input type="checkbox"/> неприменимо	
Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> ЛС повторно не назначалось <input type="checkbox"/> неприменимо	
Предпринятые меры: <input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС <input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения <input type="checkbox"/> Лекарственная терапия <input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство) <input type="checkbox"/> Другое, указать _____
Лекарственная терапия НР (если понадобилась) 	
Исход: <input type="checkbox"/> выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> смерть <input type="checkbox"/> улучшение состояния <input type="checkbox"/> не известно <input type="checkbox"/> состояние без изменений <input type="checkbox"/> не применимо <input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями (указать) _____	
Критерий серьезности (отметьте, если это подходит): <input type="checkbox"/> смерть <input type="checkbox"/> врожденные аномалии <input type="checkbox"/> угроза жизни <input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность <input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление <input type="checkbox"/> не применимо	
Значимая дополнительная информация <i>Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (пожалуйста, приведите даты). Сопутствующие заболевания. Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия. Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации. Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.</i>	

Основы социального обслуживания для инвалидов

Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ

*«Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
(извлечения)*

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе
Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

- 1) социальное обслуживание граждан (далее - социальное обслуживание) - деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам;
- 2) социальная услуга - действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности;
- 3) получатель социальных услуг - гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги;
- 4) поставщик социальных услуг - юридическое лицо независимо от его организационно-правовой формы и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание;
- 5) стандарт социальной услуги - основные требования к объему, периодичности и качеству предоставления социальной услуги получателю социальной услуги, установленные по видам социальных услуг...

Статья 4. Принципы социального обслуживания

1. Социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носит гуманный характер и не допускает унижения чести и достоинства человека.
2. Социальное обслуживание осуществляется также на следующих принципах:
 - 1) равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;
 - 2) адресность предоставления социальных услуг;
 - 3) приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг;
 - 4) сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде;
 - 5) добровольность;
 - 6) конфиденциальность.

Статья 6. Конфиденциальность информации о получателе социальных услуг

1. Не допускается разглашение информации, отнесенной законодательством Российской Федерации к информации конфиденциального характера или служебной информации, о получателях социальных услуг лицами, которым эта информация стала известна в связи с исполнением профессиональных, служебных

и (или) иных обязанностей. Разглашение информации о получателях социальных услуг влечет за собой ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. С согласия получателя социальных услуг или его законного представителя, данного в письменной форме, допускается передача информации о получателе социальных услуг другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах получателя социальных услуг или его законного представителя, включая средства массовой информации и официальный сайт поставщика социальных услуг в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет").

3. Предоставление информации о получателе социальных услуг без его согласия или без согласия его законного представителя допускается:

1) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством либо по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора;

2) по запросу иных органов, наделенных полномочиями по осуществлению государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания;

3) при обработке персональных данных в рамках межведомственного информационного взаимодействия, а также при регистрации субъекта персональных данных на едином портале государственных и муниципальных услуг и (или) региональных порталах государственных и муниципальных услуг в соответствии с законодательством об организации предоставления государственных и муниципальных услуг;

4) в иных установленных законодательством Российской Федерации случаях.

Статья 9. Права получателей социальных услуг

Получатели социальных услуг имеют право на:

1) уважительное и гуманное отношение;

2) получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно, а также о поставщиках социальных услуг;

3) выбор поставщика или поставщиков социальных услуг;

4) отказ от предоставления социальных услуг;

5) защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) участие в составлении индивидуальных программ;

7) обеспечение условий пребывания в организациях социального обслуживания, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, а также на надлежащий уход;

8) свободное посещение законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;

9) социальное сопровождение в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.

Статья 10. Обязанности получателей социальных услуг

Получатели социальных услуг обязаны:

- 1) предоставлять в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации сведения и документы, необходимые для предоставления социальных услуг;
- 2) своевременно информировать поставщиков социальных услуг об изменении обстоятельств, обуславливающих потребность в предоставлении социальных услуг;
- 3) соблюдать условия договора о предоставлении социальных услуг, заключенного с поставщиком социальных услуг, в том числе своевременно и в полном объеме оплачивать стоимость предоставленных социальных услуг при их предоставлении за плату или частичную плату.

Статья 12. Обязанности поставщиков социальных услуг

1. Поставщики социальных услуг обязаны:

- 1) осуществлять свою деятельность в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами, законами и иными нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации;
- 2) предоставлять социальные услуги получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами и условиями договоров, заключенных с получателями социальных услуг или их законными представителями, на основании требований настоящего Федерального закона;
- 3) предоставлять срочные социальные услуги в соответствии со статьей 21 настоящего Федерального закона;
- 4) предоставлять бесплатно в доступной форме получателям социальных услуг или их законным представителям информацию об их правах и обязанностях, о видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг либо о возможности получить их бесплатно;
- 5) использовать информацию о получателях социальных услуг в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации о персональных данных требованиями о защите персональных данных;
- 6) предоставлять уполномоченному органу субъекта Российской Федерации информацию для формирования регистра получателей социальных услуг;
- 7) осуществлять социальное сопровождение в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона;
- 8) обеспечивать получателям социальных услуг содействие в прохождении медико-социальной экспертизы, проводимой в установленном законодательством Российской Федерации порядке федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- 9) предоставлять получателям социальных услуг возможность пользоваться услугами связи, в том числе сети «Интернет» и услугами почтовой связи, при получении услуг в организациях социального обслуживания;
- 10) выделять супругам, проживающим в организации социального обслуживания, изолированное жилое помещение для совместного проживания;
- 11) обеспечивать получателям социальных услуг возможность свободного посещения их законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;
- 12) обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей получателей социальных услуг;
- 13) исполнять иные обязанности, связанные с реализацией прав получателей социальных услуг на социальное обслуживание.

2. Поставщики социальных услуг при оказании социальных услуг не вправе:
- 1) ограничивать права, свободы и законные интересы получателей социальных услуг, в том числе при использовании лекарственных препаратов для медицинского применения;
 - 2) применять физическое или психологическое насилие в отношении получателей социальных услуг, допускать их оскорбление, грубое обращение с ними;
 - 3) помещать детей-инвалидов, не страдающих психическими расстройствами, в стационарные организации социального обслуживания, предназначенные для детей-инвалидов, страдающих психическими расстройствами, и наоборот.

Статья 14. Обращение о предоставлении социального обслуживания
Основанием для рассмотрения вопроса о предоставлении социального обслуживания является поданное в письменной или электронной форме заявление гражданина или его законного представителя о предоставлении социального обслуживания либо обращение в его интересах иных граждан, обращение государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений непосредственно в уполномоченный орган субъекта Российской Федерации либо переданные заявление или обращение в рамках межведомственного взаимодействия.

- Статья 15. Признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании
1. Гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании в случае, если существуют следующие обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:
 - 1) полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
 - 2) наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе...
 - 4) отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними...
 2. Уполномоченный орган субъекта Российской Федерации принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании в течение пяти рабочих дней с даты подачи заявления. О принятом решении заявитель информируется в письменной или электронной форме. Решение об оказании срочных социальных услуг принимается немедленно.
 3. Решение об отказе в социальном обслуживании может быть обжаловано в судебном порядке.

- Статья 16. Индивидуальная программа
1. Индивидуальная программа является документом, в котором указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, а также мероприятия по социальному сопровождению, осуществляемые в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.
 2. Индивидуальная программа составляется исходя из потребности гражданина в социальных услугах, пересматривается в зависимости от изменения этой потребности, но не реже чем раз в три года. Пересмотр индивидуальной программы осуществляется с учетом результатов реализованной индивидуальной программы.

3. Индивидуальная программа для гражданина или его законного представителя имеет рекомендательный характер, для поставщика социальных услуг - обязательный характер.

4. Индивидуальная программа составляется в двух экземплярах. Экземпляр индивидуальной программы, подписанный уполномоченным органом субъекта Российской Федерации, передается гражданину или его законному представителю в срок не более чем десять рабочих дней со дня подачи заявления гражданина о предоставлении социального обслуживания. Второй экземпляр индивидуальной программы остается в уполномоченном органе субъекта Российской Федерации.

5. В случае изменения места жительства получателя социальных услуг индивидуальная программа, составленная по прежнему месту жительства, сохраняет свое действие в объеме перечня социальных услуг, установленного в субъекте Российской Федерации по новому месту жительства, до составления индивидуальной программы по новому месту жительства в сроки и в порядке, которые установлены настоящей статьей.

Статья 17. Договор о предоставлении социальных услуг

1. Социальные услуги предоставляются гражданину на основании договора о предоставлении социальных услуг, заключаемого между поставщиком социальных услуг и гражданином или его законным представителем, в течение суток с даты представления индивидуальной программы поставщику социальных услуг.

2. Существенными условиями договора о предоставлении социальных услуг являются положения, определенные индивидуальной программой, а также стоимость социальных услуг в случае, если они предоставляются за плату или частичную плату.

3. Отношения, связанные с исполнением договора о предоставлении социальных услуг, регулируются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 18. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги

1. Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от социального обслуживания, социальной услуги. Отказ оформляется в письменной форме и вносится в индивидуальную программу.

2. Отказ получателя социальных услуг или его законного представителя от социального обслуживания, социальной услуги освобождает уполномоченный орган субъекта Российской Федерации и поставщиков социальных услуг от ответственности за предоставление социального обслуживания, социальной услуги.

3. Гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме в связи с наличием медицинских противопоказаний, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Такой отказ возможен только при наличии соответствующего заключения уполномоченной медицинской организации.

Статья 20. Виды социальных услуг

Получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей предоставляются следующие виды социальных услуг:

1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

- 2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- 3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;
- 4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;
- 5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;
- 6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;
- 7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;
- 8) срочные социальные услуги.

Статья 21. Срочные социальные услуги

1. Срочные социальные услуги включают в себя:

- 1) обеспечение бесплатным горячим питанием или наборами продуктов;
- 2) обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
- 3) содействие в получении временного жилого помещения;
- 4) содействие в получении юридической помощи в целях защиты прав и законных интересов получателей социальных услуг;
- 5) содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей;
- 6) иные срочные социальные услуги.

2. Предоставление срочных социальных услуг в целях оказания неотложной помощи осуществляется в сроки, обусловленные нуждаемостью получателя социальных услуг, без составления индивидуальной программы и без заключения договора о предоставлении социальных услуг. Основанием для предоставления срочных социальных услуг является заявление получателя социальных услуг, а также получение от медицинских, образовательных или иных организаций, не входящих в систему социального обслуживания, информации о гражданах, нуждающихся в предоставлении срочных социальных услуг. Подтверждением предоставления срочных социальных услуг является акт о предоставлении срочных социальных услуг, содержащий сведения о получателе и поставщике этих услуг, видах предоставленных срочных социальных услуг, сроках, дате и об условиях их предоставления. Акт о предоставлении срочных социальных услуг подтверждается подписью их получателя.

Статья 22. Содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)

1. При необходимости гражданам, в том числе родителям, опекунам, попечителям, иным законным представителям несовершеннолетних детей, оказывается содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение).

2. Социальное сопровождение осуществляется путем привлечения организаций, предоставляющих такую помощь, на основе межведомственного взаимодействия в соответствии со статьей 28 настоящего Федерального закона. Мероприятия по социальному сопровождению отражаются в индивидуальной программе.

Статья 25. Реестр поставщиков социальных услуг

1. Реестр поставщиков социальных услуг формируется в субъекте Российской Федерации.

2. Включение организаций социального обслуживания в реестр поставщиков социальных услуг осуществляется на добровольной основе.

3. Реестр поставщиков социальных услуг содержит следующую информацию:

- 1) регистрационный номер учетной записи;
- 2) полное и (если имеется) сокращенное наименование поставщика социальных услуг;
- 3) дата государственной регистрации юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющихся поставщиками социальных услуг;
- 4) организационно-правовая форма поставщика социальных услуг (для юридических лиц);
- 5) адрес (место нахождения, место предоставления социальных услуг), контактный телефон, адрес электронной почты поставщика социальных услуг;
- 6) фамилия, имя, отчество руководителя поставщика социальных услуг;
- 7) информация о лицензиях, имеющихся у поставщика социальных услуг (при необходимости);
- 8) сведения о формах социального обслуживания;
- 9) перечень предоставляемых социальных услуг по формам социального обслуживания и видам социальных услуг;
- 10) тарифы на предоставляемые социальные услуги по формам социального обслуживания и видам социальных услуг;
- 11) информация об общем количестве мест, предназначенных для предоставления социальных услуг, о наличии свободных мест, в том числе по формам социального обслуживания;
- 12) информация об условиях предоставления социальных услуг;
- 13) информация о результатах проведенных проверок;
- 14) информация об опыте работы поставщика социальных услуг за последние пять лет;
- 15) иная информация, определенная Правительством Российской Федерации.

4. Реестр поставщиков социальных услуг в субъекте Российской Федерации размещается на официальном сайте уполномоченного органа субъекта Российской Федерации в сети "Интернет" в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

5. Поставщик социальных услуг с момента его включения в реестр поставщиков социальных услуг несет ответственность за достоверность и актуальность информации, содержащейся в этом реестре.

Статья 26. Регистр получателей социальных услуг

1. Регистр получателей социальных услуг формируется в субъекте Российской Федерации на основании данных, предоставляемых поставщиками социальных услуг.
2. Регистр получателей социальных услуг содержит следующую информацию о получателе социальных услуг:
 - 1) регистрационный номер учетной записи;
 - 2) фамилия, имя, отчество;
 - 3) дата рождения;
 - 4) пол;
 - 5) адрес (место жительства), контактный телефон;
 - 6) страховой номер индивидуального лицевого счета;
 - 7) серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов и наименование выдавшего их органа;
 - 8) дата обращения с просьбой о предоставлении социальных услуг;
 - 9) дата оформления и номер индивидуальной программы;
 - 10) наименование поставщика или наименования поставщиков социальных услуг, реализующих индивидуальную программу;
 - 11) перечень социальных услуг, предоставленных и предоставляемых получателю социальных услуг в соответствии с заключенным договором о предоставлении социальных услуг с указанием тарифов, стоимости социальных услуг для получателя социальных услуг, источников финансирования, периодичности и результатов их предоставления;
 - 12) иная информация, определенная Правительством Российской Федерации.

Статья 27. Требования к порядку предоставления социальных услуг

1. Порядок предоставления социальных услуг обязателен для исполнения поставщиками социальных услуг.
2. Порядок предоставления социальных услуг устанавливается по формам социального обслуживания, видам социальных услуг и включает в себя:
 - 1) наименование социальной услуги;
 - 2) стандарт социальной услуги;
 - 3) правила предоставления социальной услуги бесплатно либо за плату или частичную плату;
 - 4) требования к деятельности поставщика социальной услуги в сфере социального обслуживания;
 - 5) перечень документов, необходимых для предоставления социальной услуги, с указанием документов и информации, которые должен представить получатель социальной услуги, и документов, которые подлежат представлению в рамках межведомственного информационного взаимодействия или представляются получателем социальной услуги по собственной инициативе;
 - 6) иные положения в зависимости от формы социального обслуживания, видов социальных услуг.
3. Стандарт социальной услуги включает в себя:
 - 1) описание социальной услуги, в том числе ее объем;
 - 2) сроки предоставления социальной услуги;
 - 3) подушевой норматив финансирования социальной услуги;
 - 4) показатели качества и оценку результатов предоставления социальной услуги;
 - 5) условия предоставления социальной услуги, в том числе условия доступности предоставления социальной услуги для инвалидов и других лиц с учетом ограничений их жизнедеятельности;

б) иные необходимые для предоставления социальной услуги положения.

Статья 31. Предоставление социальных услуг бесплатно

1. Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому, в полустационарной и стационарной формах социального обслуживания предоставляются бесплатно:

1) несовершеннолетним детям;

2) лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов.

2. Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания предоставляются бесплатно, если на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг, рассчитанный в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, установленной законом субъекта Российской Федерации.

3. Нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут быть предусмотрены иные категории граждан, которым социальные услуги предоставляются бесплатно.

4. Порядок определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно для целей настоящего Федерального закона устанавливается Правительством Российской Федерации.

5. Размер предельной величины среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно устанавливается законами субъекта Российской Федерации и не может быть ниже полуторной величины прожиточного минимума, установленного в субъекте Российской Федерации для основных социально-демографических групп населения.

Статья 32. Определение размера платы за предоставление социальных услуг

1. Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания предоставляются за плату или частичную плату, если на дату обращения среднедушевой доход получателей социальных услуг, рассчитанный в соответствии с частью 4 статьи 31 настоящего Федерального закона, превышает предельную величину среднедушевого дохода, установленную частью 5 статьи 31 настоящего Федерального закона.

2. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но не может превышать пятьдесят процентов разницы между величиной среднедушевого дохода получателя социальной услуги и предельной величиной среднедушевого дохода, установленной частью 5 статьи 31 настоящего Федерального закона.

3. Социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания предоставляются их получателям за плату или частичную плату, за исключением получателей социальных услуг, указанных в частях 1 и 3 статьи 31 настоящего Федерального закона.

4. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но не может превышать семьдесят пять процентов среднедушевого дохода получателя социальных услуг, рассчитанного в соответствии с частью 4 статьи 31 настоящего Федерального закона.

5. Плата за предоставление социальных услуг производится в соответствии с договором о предоставлении социальных услуг, предусмотренным статьей 17 настоящего Федерального закона.

*Порядок 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 (утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 57н)
(извлечения)*

3. Компенсация выплачивается инвалиду в случае, если предусмотренные индивидуальной программой реабилитации инвалида техническое средство реабилитации и (или) услуга не могут быть предоставлены инвалиду или инвалид самостоятельно приобрел указанное техническое средство реабилитации и (или) оплатил услугу за счет собственных средств.

Компенсация выплачивается в размере стоимости приобретенного технического средства реабилитации и (или) оказанной услуги, но не более размера стоимости технического средства реабилитации и (или) услуги, предоставляемых уполномоченными органами в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, являющихся аналогичными техническому средству реабилитации, самостоятельно приобретенному за собственный счет инвалидом, и (или) оплаченной за счет собственных средств услуге, на основании 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 декабря 2005 г. N 2347-р, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 мая 2013 г. N 214н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 июня 2013 г. N 28858), включая оплату банковских услуг (услуг почтовой связи) по перечислению (пересылке) средств компенсации.

Размер компенсации за самостоятельно приобретенное за собственный счет инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оплаченную за счет собственных средств услугу по ремонту технического средства реабилитации определяется путем сопоставления наименования технического средства реабилитации, самостоятельно приобретенного инвалидом за собственный счет, и вида технического средства реабилитации, предусмотренных вышеназванной классификацией.

4. Размер компенсации определяется уполномоченным органом по результатам последней по времени осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания услуги, информация о которой размещена на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг (www.zakupki.gov.ru), проведенной уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Последней по времени осуществления закупкой технического средства реабилитации и (или) оказания услуги считается последняя завершенная процедура осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания

услуги (заключенный уполномоченным органом государственный контракт на закупку технических средств реабилитации и (или) оказание услуг, обязательства по которому на дату подачи инвалидом или лицом, представляющим его интересы, заявления о возмещении расходов по приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги исполнены сторонами контракта в полном объеме).

В случае если уполномоченным органом закупка технических средств реабилитации и (или) оказания услуг не осуществлялась либо процедура осуществления закупки технических средств реабилитации и (или) оказания услуг не состоялась, стоимость соответствующего технического средства реабилитации и (или) услуги определяется по результатам последней по времени осуществления закупки технических средств реабилитации и (или) оказания услуг, информация о которой располагается на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, проведенной любым другим уполномоченным органом, расположенным в пределах территории федерального округа, в состав которого входит соответствующий субъект Российской Федерации.

В случае если уполномоченными органами закупка технических средств реабилитации и (или) оказания услуг на территории федерального округа, в состав которого входит соответствующий субъект Российской Федерации, не осуществлялась либо процедура осуществления закупки технических средств реабилитации и (или) услуг не состоялась, стоимость соответствующего технического средства и (или) услуги определяется по результатам последней по времени осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) услуги, информация о которой располагается на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, проведенной любым уполномоченным органом, расположенным в пределах территории Российской Федерации.

Уполномоченные органы могут направлять запрос о последней по времени осуществления закупке технического средства реабилитации и (или) оказания услуги в Фонд социального страхования Российской Федерации.

Фонд социального страхования Российской Федерации в течение 5 дней со дня поступления запроса уполномоченного органа предоставляет информацию о последней по времени осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания услуги в пределах федерального округа, в состав которого входит соответствующий субъект Российской Федерации, или в пределах территории Российской Федерации.

Информация об итогах осуществления уполномоченным органом закупки технических средств реабилитации и (или) оказания услуг также размещается в официальных информационных ресурсах Фонда социального страхования Российской Федерации и уполномоченного органа в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и должна содержать следующие сведения: вид технического средства реабилитации в соответствии с классификацией технических средств реабилитации (изделий) 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, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 мая 2013 г.

№ 214н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 июня 2013 г. № 28858), закупленного уполномоченным органом;

вид услуги в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 4, ст. 453; 2010, № 47, ст. 6186; 2013, № 12, ст. 1319; 2014, № 38, ст. 5096);

стоимость конкретного вида технического средства реабилитации и (или) услуги в рамках заключенного уполномоченным органом государственного контракта на поставку технических средств реабилитации и (или) оказание услуг;

ссылка на заключенный уполномоченным органом государственный контракт и исполненный сторонами в полном объеме по конкретному виду технического средства реабилитации и (или) услуги, включенный в реестр контрактов, который размещен на официальном сайте Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг.

5. Компенсация инвалиду выплачивается на основании заявления инвалида либо лица, представляющего его интересы, о возмещении расходов по приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги и документов, подтверждающих расходы по самостоятельному приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги инвалидом за собственный счет, а также предъявления им следующих документов:

документа, удостоверяющего личность;

индивидуальной программы реабилитации инвалида;

страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

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.

6. Решение о выплате компенсации принимается уполномоченным органом в течение 30 дней со дня принятия уполномоченным органом заявления о выплате компенсации.

7. Определение размера компенсации уполномоченным органом осуществляется на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида, документов, подтверждающих расходы по приобретению технического средства реабилитации и (или) оказанию услуги, заключения медико-технической экспертизы (в отношении оказания услуги по ремонту технического средства реабилитации), а также стоимости технического средства реабилитации и (или) услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду, определяемой уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок технических средств реабилитации и (или) услуг.

В случае если фактическая стоимость технического средства реабилитации и (или) услуги меньше, чем размер компенсации, определенный по итогам последней по времени осуществления закупки технического средства реабилитации и (или) оказания услуги, компенсация выплачивается исходя из затрат инвалида в соответствии с предоставленными документами, подтверждающими расходы по приобретению технического средства реабилитации и (или) оплаты оказанной услуги.

Приложение 5.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВЕТОВ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОРГАНАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Одобрены на заседании
Совета общественных организаций по защите прав пациентов
при Министерстве здравоохранения Российской Федерации
протокол от 31 октября 2013 г. № 7

Формирование системы общественного контроля является одним из приоритетных направлений в области развития гражданского общества.

Принципы общественного контроля определены в постановлении Правительства Российской Федерации от 2 августа 2005 г. № 481 «О порядке образования общественных советов при федеральных министерствах, руководство которыми осуществляет Правительство Российской Федерации, федеральных службах и федеральных агентствах, подведомственных этим федеральным министерствам, а также федеральных службах и федеральных агентствах, руководство которыми осуществляет Правительство Российской Федерации», Указе Президента Российской Федерации от 4 августа 2006 г. № 842 «О порядке образования общественных советов при федеральных министерствах, федеральных службах и федеральных агентствах, руководство деятельностью которых осуществляет Президент Российской Федерации, при федеральных службах и федеральных агентствах, подведомственных этим федеральным министерствам», Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления», постановлении Правительства Российской Федерации от 30 марта 2013 г. № 286 «О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги».

Советы общественных организаций по защите прав пациентов организуются в развитие положений статьи 28 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

В соответствии с частью 2 статьи 28 Федерального закона общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.

Взаимодействие с общественными организациями пациентов позволяет органам государственной власти в сфере охраны здоровья получать информацию о проблемах в сфере здравоохранения, установить обратную связь с потребителями (благополучателями) медицинских услуг, подготавливать проекты нормативных документов, предварительно обсудив их с сообществом пациентов.

Одним из важных аспектов взаимодействия с общественными организациями по защите прав пациентов является информирование целевых групп населения органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья о своей деятельности и государственной политике в сфере здравоохранения.

Деятельность Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации направлена на обсуждение вопросов реализации уже действующих норм в сфере здравоохранения и проектов нормативных документов, стратегий и программ, возникающих проблем в системе здравоохранения.

Крайне важным аспектом общественного контроля в сфере здравоохранения является его реализация на уровне субъектов Российской Федерации.

Для гармонизации и координации деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов необходимо установление взаимодействия Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации и советов общественных организаций по защите прав пациентов при органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, формирование единых подходов к их деятельности и общественному обсуждению вопросов в сфере здравоохранения.

Общие вопросы создания и организации деятельности советов общественных организаций по защите прав пациентов

1. Для обеспечения эффективной работы советы общественных организаций по защите прав пациентов создаются при органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

2. При формировании советов общественных организаций по защите прав пациентов при органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (далее - Советы) учитываются интересы представителей общественных организаций, объединяющих пациентов и их законных представителей, общественных организаций инвалидов, благотворительных фондов, реализующих свои программы в сфере здравоохранения для помощи различным группам пациентов, правозащитных организаций в сфере здравоохранения.

3. В состав Совета могут входить председатель (сопредседатель), члены Совета и ответственный секретарь.

4. В состав Совета включаются представители вышеуказанных социальных групп, готовые участвовать в работе Совета.

5. К деятельности Советов рекомендуется привлекать представителей других общественных структур, заинтересованных в развитии общественного контроля в сфере охраны здоровья.

6. Советы формируются на основе добровольного участия.

7. Заседания Совета рекомендуется проводить не реже одного раза в квартал.

8. Совет организует свою работу в соответствии с планами и программами, утверждаемыми на заседании Совета по представлению председателя Совета.

9. Планы работы Советов предлагается формировать сроком на 6 месяцев.

10. Все заседания Советов оформляются протоколами с приложением соответствующих документов.

11. Заседания Совета считаются правомочными, если на них присутствуют

не менее двух третей членов Совета.

Член Совета при отсутствии возможности личного участия в заседании Совета вправе передать свой голос другому члену Совета, заранее уведомив об этом председателя Совета.

Решения Совета принимаются простым большинством голосов.

12. Заседания Совета проводит председатель (сопредседатель) Совета.

13. Члены Совета используют все формы информационного обеспечения с целью наиболее полного информирования о подготовке и проведении мероприятий Совета.

14. В целях эффективной работы руководителем органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья назначаются контактные лица в структурных подразделениях органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

15. Деятельность Советов регулярно освещается в средствах массовой информации, включая публикации в периодической печати.

16. Планы и результаты работы Советов (приказы о создании, положения о Советах, протоколы заседаний, документы, принимаемые Советами, материалы докладов, исследований) являются доступными для широкой общественности и размещаются на официальных сайтах соответствующих органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

17. Основными формами работы Советов являются: открытые заседания, включая выездные, круглые столы, конференции, семинары; работа с обращениями граждан и юридических лиц; разработка и проведение исследований общественного мнения, сбор информации о ситуации в сфере здравоохранения; подготовка аналитических материалов по правовым, социальным, медицинским, организационным, научным и иным вопросам здравоохранения; участие в независимой оценке качества работы медицинских организаций; работа со средствами массовой информации (проведение пресс-конференций); организация общественной оценки и общественного обсуждения актуальных вопросов здравоохранения.

Приложение 6.

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ СОВЕТЕ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Приложение
к Приказу Федеральной
службы по надзору в сфере
здравоохранения
от 29 января 2014 г. N 526

1. Общие положения

1.1. Общественный совет по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (далее - Совет) и его региональные отделения (далее - Отделения Совета) является совещательным органом при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (далее - Росздравнадзор) и при Территориальных органах Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации, осуществляющим рассмотрение вопросов, связанных с реализацией в Российской Федерации прав граждан на охрану здоровья, в том числе: повышения качества и доступности всех видов медицинской помощи, эффективности и безопасности медицинских и реабилитационных технологий и медицинской продукции, реформирования системы здравоохранения, реабилитации населения, совершенствования государственной системы контроля и надзора в сфере оказания медицинской помощи.

1.2. Совет создается и ликвидируется Приказом Росздравнадзора, а Отделения Совета - Приказами Территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации.

1.3. В своей деятельности Совет руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, Постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, а также настоящим Положением.

1.4. Решения Совета носят рекомендательный характер.

1.5. Совет осуществляет свою деятельность на общественных началах и безвозмездной основе.

1.6. Совет осуществляет свою работу на основе взаимной заинтересованности представителей институтов гражданского общества, бизнеса, органов государственной власти и местного самоуправления, средств массовой информации в решении проблем реализации прав граждан на охрану здоровья в Российской Федерации.

1.7. Основные принципы деятельности Совета: добровольность, гласность, законность, профессионализм, преемственность.

2. Цели, задачи и полномочия Совета

2.1. Основными целями деятельности Совета являются привлечение общественности и экспертов к созданию механизмов повышения безопасности, качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации,

развитие принципов открытости, законности и профессионализма в медицинской сфере.

2.2. Задачами Совета являются:

- координация участия институтов гражданского общества в обеспечении защиты прав пациентов при оказании им медико-социальной помощи;
- подготовка для Росздравнадзора и Территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации предложений и рекомендаций по наиболее эффективной реализации задач в установленной сфере деятельности;
- обсуждение проектов нормативных правовых актов (законов, иных нормативных правовых актов), а также принятых актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения, выработка предложений по их оптимизации;
- подготовка рекомендаций по совершенствованию работы с обращениями граждан по вопросам защиты прав на охрану здоровья, предложений по досудебному урегулированию конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения;
- содействие в защите трудовых и социальных прав медицинских работников;
- обобщение, анализ и содействие распространению эффективных методов защиты прав пациентов;
- борьба против коррупции и других правонарушений в сфере здравоохранения;
- информирование населения, организаций медико-социальной сферы, медицинских работников, средств массовой информации, органов государственной власти и местного самоуправления о правах граждан на охрану здоровья, способах их реализации, нарушениях и методах защиты прав пациентов в Российской Федерации; а также о деятельности Совета.

2.3. Цели и задачи Совета могут изменяться и дополняться в зависимости от результатов их работы, а также с учетом экономической, социальной и политической ситуации в Российской Федерации.

2.4. Совет для осуществления своей деятельности и в пределах возложенных на него задач вправе:

- рекомендовать Росздравнадзору и Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации проведение совместных с Советом или самостоятельных мероприятий, способствующих реализации прав граждан на охрану здоровья и защите прав пациентов;
- приглашать на свои заседания представителей органов государственной власти Российской Федерации и/или субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, медицинских организаций;
- создавать при необходимости рабочие, экспертные группы, комиссии, в том числе из числа лиц, не являющихся членами Совета, для решения возложенных на него задач;
- совместно с Росздравнадзором и Территориальными органами Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации проводить конкурсы по размещению заказов на мониторинг и анкетирование в области нарушений законодательства Российской Федерации при реализации прав граждан на охрану здоровья и защите прав пациентов;
- разрабатывать рекомендации по обеспечению и совершенствованию защиты прав пациентов, распространять соответствующую информацию;
- запрашивать у органов государственной власти Российской Федерации, органов местного самоуправления, медицинских организаций информацию, необходимую для выполнения задач Совета;

- предпринимать другие действия, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации.

2.5. Совет участвует в формировании региональных Отделений Совета при Территориальных органах Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации, координирует их деятельность.

3. Состав и структура Совета

3.1. Совет состоит из Совета при Росздравнадзоре и региональных отделений Совета при Территориальных органах Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации.

3.2. Совет при Росздравнадзоре формируется в количестве не более 30 человек, Отделение Совета не более 15 человек.

Членами Общественного совета и его отделений не могут быть лица, которые в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 04.08.2006 N 842 и согласно ст. 7 Федерального закона от 04.04.2005 N 32-ФЗ "Об Общественной палате Российской Федерации" не могут быть членами Общественной палаты Российской Федерации.

Членами Совета и его отделений могут быть граждане Российской Федерации, представители медицинских организаций, общественных объединений.

3.3. Состав Совета утверждается и изменяется Приказами руководителя Росздравнадзора по представлению председателя Совета.

3.4. Председатель Совета утверждается Приказом руководителя Росздравнадзора.

3.5. Председатель Совета назначает заместителя председателя Совета и ответственного секретаря Совета.

3.6. Состав Отделений Совета утверждается и изменяется Приказами руководителей Территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации по представлению председателя Отделения Совета.

3.7. Председатель Отделения Совета утверждается приказом руководителя Территориального органа Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации по согласованию с председателем Совета при Росздравнадзоре.

3.8. Председатель Отделения Совета назначает заместителя председателя Отделения Совета и ответственного секретаря Отделения Совета.

4. Права и обязанности членов Совета и его отделений

4.1. Член Совета (Отделения Совета) имеет право:

- участвовать во всех мероприятиях (заседаниях, совещаниях, "круглых столах" и других мероприятиях), проводимых по инициативе Росздравнадзора (Территориального органа Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации);

- в инициативном порядке готовить и направлять в Совет (Отделения Совета) аналитические записки, доклады и другие информационно-аналитические материалы;

- вносить через председателя Совета (Отделения Совета) предложения в план работы Совета (Отделения Совета) и порядок проведения его заседаний;

- вносить предложения по кандидатурам лиц, приглашаемых на заседания Совета (Отделения Совета), для участия в рассмотрении вопросов повестки дня;

- выйти из членов Совета (Отделения Совета).

4.2. Член Совета (Отделения Совета) обязан:

- лично участвовать в заседаниях Совета (Отделения Совета);

- принимать активное участие в заседаниях Совета (Отделения Совета) и

излагать свое мнение при обсуждении вопросов, рассматриваемых на заседаниях Совета (Отделениях Совета);

- выполнять поручения, данные председателем Совета (Отделения Совета);
- знать и соблюдать предусмотренный настоящим Положением порядок работы Совета (Отделения Совета);

- участвовать в работе экспертных, рабочих групп, комиссий, иных рабочих органов, создаваемых Советом (Отделением Совета) для решения возложенных на него задач;

- не вмешиваться в непосредственную деятельность органов государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, медицинских организаций, в том числе научных и других организаций.

5. Порядок работы Совета и его отделений

5.1. Совет (Отделение Совета) организует свою работу в соответствии с планами и программами, утверждаемыми на заседаниях Совета (Отделения Совета) по представлению председателя Совета (Отделения Совета).

5.2. Срок полномочий членов Совета (Отделения Совета) истекает через 4 года со дня первого заседания Совета (Отделения Совета) нового состава.

5.3. Планирование работы Совета (Отделения Совета) осуществляется на основе предложений председателя Совета (Отделения Совета), руководителя Росздравнадзора (Территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации) и членов Совета (Отделения Совета).

5.4. Заседания Совета (Отделения Совета) проводятся не реже одного раза в квартал.

Решения, принятые на заседаниях Совета (Отделения Совета), оформляются протоколом.

5.5. Заседания Совета (Отделения Совета) считаются правомочными, если на них присутствуют не менее 2/3 членов Совета (Отделения Совета). Член Совета (Отделения Совета) при отсутствии возможности личного участия в заседании Совета (Отделения Совета) вправе передать свой голос другому члену Совета (Отделения Совета), заранее уведомив об этом председателя или заместителя председателя Совета (Отделения Совета). К числу присутствующих на заседании членов Совета (Отделения Совета) добавляются члены Совета (Отделения Совета), передоверившие свои голоса другим членам Совета (Отделения Совета). Решения Совета (Отделения Совета) принимаются простым большинством голосов.

5.6. Заседания Совета проводит председатель Совета (Отделения Совета) или по его поручению один из членов Совета (Отделения Совета). В случае присутствия на заседании Совета руководителя Росздравнадзора (Территориального органа Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации) заседание Совета (Отделения Совета) может вести руководитель Росздравнадзора (Территориального органа Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации).

5.7. Решения Совета (Отделения Совета) доводятся до сведения заинтересованных лиц в виде выписок из протокола заседания Совета (Отделения Совета) либо иным способом по решению Совета (Отделения Совета).

5.8. Информация о деятельности Совета (Отделения Совета) размещается в сети Интернет.

5.9. Председатель Совета (Отделения Совета):

- осуществляет общее руководство деятельностью Совета (Отделения Совета), ведет заседания Совета (Отделения Совета);

- на основе предложений членов Совета (Отделения Совета) готовит планы работы Совета (Отделения Совета) и изменения в планы работы и представляет их на утверждение Совета (Отделения Совета);

- организует проведение заседаний Совета (Отделения Совета);
- утверждает повестку дня заседаний Совета (Отделения Совета);
- подписывает запросы, рекомендации Совета (Отделения Совета), предложения, ответы, разъяснения, обращения, протоколы и иные документы Совета (Отделения Совета) от имени Совета (Отделения Совета);
- определяет время и место проведения заседаний Совета (Отделения Совета);
- в рамках деятельности Совета (Отделения Совета) дает поручения членам Совета (Отделения Совета);

- принимает решения о создании на временной или постоянной основе рабочих и экспертных групп, комиссий с привлечением лиц, не являющихся членами Совета (Отделения Совета), для экспертной деятельности;

- осуществляет иные функции, необходимые для обеспечения деятельности Совета (Отделения Совета).

Председатель Совета в рамках деятельности Совета дает обязательные к исполнению поручения председателям Отделений Совета.

Председатель Совета по своей инициативе или по поручению руководителя Росздравнадзора может отменять решения Отделений Совета.

5.10. Заместитель председателя Совета (Отделения Совета):

- выполняет функции председателя Совета (Отделения Совета) во время его отсутствия;

- организует подготовку заседаний Совета (Отделения Совета);
- составляет повестку дня заседаний Совета (Отделения Совета) и представляет ее на утверждение председателю Совета (Отделения Совета), организует подготовку материалов к заседаниям и проектов его решений;

- информирует членов Совета (Отделения Совета) о месте и времени проведения Совета (Отделения Совета), повестке дня, обеспечивает их необходимыми информационно-справочными материалами;

- осуществляет по поручению председателя Совета (Отделения Совета) иные функции, необходимые для обеспечения деятельности Совета (Отделения Совета).

5.11. Ответственный секретарь Совета (Отделения Совета):

- обеспечивает организационное взаимодействие Совета (Отделения Совета) и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

- осуществляет документально-техническое обеспечение деятельности Совета (Отделения Совета);

- оформляет протоколы заседаний Совета (Отделения Совета) и осуществляет контроль за выполнением принятых решений;

- принимает участие в составлении повестки заседаний Совета (Отделения Совета).

5.12. Члены Совета (Отделения Совета) по согласованию с председателем Совета (Отделения Совета) для подготовки вопросов к слушанию и обсуждению на заседаниях Совета (Отделения Совета) могут объединяться в рабочие, экспертные группы и иные рабочие органы.

5.13. Выносимые на рассмотрение Совета (Отделения Совета) материалы должны быть переданы заместителю председателя Совета (Отделения Совета) не позднее чем за 10 (десять) календарных дней до назначенной даты заседания Совета (Отделения Совета).

5.14. Совет осуществляет координацию деятельности своих региональных

отделений.

5.15. Председатели Отделений Совета ежегодно не позднее 31 января предоставляют председателю Совета план работы на предыдущий год и отчет о его выполнении.

5.16. Совет проводит ежегодное Собрание руководителей Отделений Совета с целью координации совместных усилий по реализации поставленных перед Советом и его Отделениями задач. Повестку дня ежегодного собрания руководителей Отделений Совета утверждает председатель Совета.

5.17. Техническое обеспечение деятельности Совета осуществляет Управление делами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

5.18. Техническое обеспечение деятельности Отделения Совета осуществляют Территориальные органы Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации.

Приложение 7.

РЕГЛАМЕНТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Утверждено
Решением Общественного совета по
защите прав пациентов при
Федеральной службе по надзору в
сфере здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
Протокол №__ от __ _____ 2011 г.

Председатель Совета
Я.В. Власов

1. Порядок проведения заседаний, полномочия членов Совета

1.1. Заседания Совета (здесь и далее под термином Совет подразумевается собственно Совет и региональное Отделение Совета) проводятся не реже одного раза в квартал.

1.2. Дату, время, место, повестку заседания, порядок выступающих, проект решения утверждает председатель Совета.

1.3. Инициатором проведения заседания Совета может быть член Совета. Свои предложения он должен внести на рассмотрение председателя Совета не менее, чем за три недели до предлагаемого времени проведения заседания. Председатель имеет право принять, переработать или отвергнуть предложения члена Совета по проведению Заседания.

1.4. Заседания Совета проводит председатель Совета или по его поручению один из членов Совета. В случае присутствия на заседании Совета руководителя Росздравнадзора (Управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации), заседание Совета может вести руководитель Росздравнадзора (Управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации).

1.5. Свои функции по подготовке и проведению Заседания председатель Совета может временно передавать заместителю Председателя Совета.

1.6. Организационное взаимодействие с Росздравнадзором по подготовке и проведению заседания, документально-техническое обеспечение заседания, оформление протоколов заседаний Совета осуществляет ответственный секретарь Совета (далее – Секретарь Совета).

1.7. Заседания Совета считаются правомочными, если на них присутствуют не менее 2/3 членов Совета. Член Совета при отсутствии возможности личного участия в заседании вправе передать свой голос другому члену Совета, заранее уведомив об этом Председателя или заместителя председателя Совета. К числу присутствующих на заседании членов Совета добавляются члены Совета, передоверившие свои голоса другим членам Совета.

2. Продолжительность заседания Общественного совета

2.1. Заседание Общественного совета проводится в течение периода времени, определенного решением членов Общественного совета. Оно может длиться до исчерпания повестки заседания или до принятия специального решения Общественного совета.

2.2. Председательствующий на заседании Общественного совета вправе без голосования продлить заседание Совета до принятия окончательного решения по вопросу, обсуждение которого начато.

3. Порядок выступления на заседаниях Общественного совета

3.1. Порядок и время выступлений в зале заседания определяется председательствующим. Каждый выступающий член Общественного совета должен при выступлении придерживаться темы обсуждаемого вопроса.

3.2. Никто не вправе выступать на заседании Общественного совета без разрешения председательствующего.

4. Порядок проведения голосований

4.1. Решения Общественного совета на его заседаниях принимаются открытым голосованием.

4.2. Голосование может быть количественным или рейтинговым. Количественное голосование представляет собой выбор варианта ответа: "за", "против" или "воздержался". Подсчет голосов и предъявление результатов голосования в абсолютном и процентном выражениях производятся по каждому голосованию. Рейтинговое голосование представляет собой ряд количественных голосований по каждому из вопросов, в которых может принять участие каждый член Совета. При рейтинговом голосовании каждый член Общественного совета голосует только "за" и не голосует "против" и "воздержался". Принятым при рейтинговом голосовании признается вариант решения (решений), набравший наибольшее число голосов.

4.3. В случае равенства голосов голос председательствующего является решающим. Решения Совета имеют рекомендательный характер и доводятся до сведения заинтересованных лиц в виде выписки из протокола заседания Совета (Отделения Совета) либо иным способом по решению Совета (Отделения Совета).

5. Организационное и документальное и сопровождение заседаний

5.1. Ответственность за организационное и документальное сопровождение заседаний несет секретарь Совета.

5.2. Проект повестки заседания формируется секретарем по мере поступления запросов и предложений от членов Совета и утверждается в окончательном виде председателем Совета.

5.3. Повестка заседания может состоять не более чем из 7 пунктов, из которых не более 4-х пунктов - плановые и не более 3-х – текущие.

5.4. Плановые пункты повестки заседания определяются председателем Совета не позже, чем за две недели до даты проведения заседания. Текущие пункты определяются председателем Совета не позже, чем за сутки до момента проведения заседания.

5.5. Не менее чем за две недели до даты проведения заседания все члены Совета и приглашенные лица уведомляются секретарем о проведении заседания по электронной почте.

5.6. Данное уведомление включает в себя письмо, содержащее приглашение к участию в заседании, указание даты, времени и места проведения заседания, а также следующие прилагаемые документы:

- повестка заседания,
- список приглашенных на заседание не членов Совета,
- тезисы основных выступлений, каждый объемом не более 1 страницы машинописного текста,
- проект решения заседания, согласованный с ответственным представителем Росздравнадзора и утвержденный председателем Совета.

5.7. Не менее чем за сутки до момента проведения заседания все члены Совета и приглашенные лица уведомляются секретарем об окончательной повестке заседания, утвержденной председателем Совета.

5.8. Заседание вносится секретарем в рабочий график Росздравнадзора. Секретарь организует и контролирует выделение для проведения заседания помещения и иных технических условий.

5.9. Во время заседаний Общественного совета ведется протокол. Протокол оформляется в соответствии с формой, приведенной в Приложении 1 к данному регламенту. Протокол подписывается ответственным секретарем и председательствующим на заседании Общественного совета. При наличии технической возможности ведутся стенограммы заседаний Общественного совета.

5.10. По результатам рассмотрения вопросов повестки заседания Совета могут быть приняты решения рекомендательного характера в виде постановлений, заключений, предложений, обращений и заявлений. Решения Совета заносятся в протокол.

5.11. Протоколы заседаний (в подлинниках), стенограммы заседаний (если они велись), тезисы выступлений, сопроводительные и справочные материалы хранятся у ответственного секретаря Общественного совета.

5.12. В течении недели после проведения заседания протокол заседания рассылается всем членам Совета, приглашенным на заседание, всем руководителям региональных отделений Совета, представителям Росздравнадзора по электронной почте, а также размещается на Интернет сайте Совета.

5.13. После опубликования протокола и решения заседания на Интернет сайте Совета, здесь организуется возможность их публичного обсуждения в форме публикации комментариев членов совета и приглашенных на заседание.

5.14. Так же на интернет сайте в форме таблицы ведется дневник заседаний, включающий информацию о дате, составе участников, повестке, решениях заседаний.

5.15. Техническое обеспечение деятельности отделения Совета осуществляет Управление Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации.

**Приложение 1. Образец оформления протокола заседаний
Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по
надзору в сфере здравоохранения и социального развития.**

**Общественный совет по защите прав пациентов при Федеральной службе
по надзору в сфере здравоохранения и социального развития**

Протокол заседания

от _____ 2011 г.

№ _____, г. Москва

Председательствовал: Я.В.Власов - Председатель Общественного Совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

Секретарь: В.В.Шухат – Ответственный секретарь Общественного Совета по защите прав пациентов

Присутствовали: Члены Общественного Совета по защите прав пациентов:
1. И.О. Фамилия (в алфавитном порядке).
2. И.О. Фамилия (в алфавитном порядке).
3. И.О. Фамилия (в алфавитном порядке).
4. И.О. Фамилия (в алфавитном порядке).

Приглашенные:

5. И.О. Фамилия (в алфавитном порядке) - Наименование должности.
6. И.О. Фамилия - Наименование должности.
7. И.О. Фамилия - Наименование должности.
8. И.О. Фамилия - Наименование должности.

1. Итоги работы Общественного совета по защите прав пациентов в 2010 году.
(Иванов И.И., Петрова В.В., Сидоров П.П., Петров А.А., Иванова В.В.)

Постановили:

текст решения, текст решения, текст решения, текст решения, текст решения

2. Проблема обеспечения инвалидов средствами технической реабилитации
(Петрова В.В., Иванов И.И., Петров А.А., Сидоров П.П., Иванова В.В.)

Постановили:

текст решения, текст решения, текст решения, текст решения, текст решения

Председательствующий _____ / _____ /

Секретарь _____ / _____ /

Приложение 8.

РЕГЛАМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Утверждено
Решением Общественного совета по
защите прав пациентов при
Федеральной службе по надзору в
сфере здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
Протокол № ___ от _____ 2011 г.

Председатель Совета
Я.В. Власов

1. Общие положения

Регламент формирования отчетности (далее Регламент) разработан в целях повышения эффективности деятельности Общественного совета (далее Совет) при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (далее Росздравнадзор) и формализации процесса сбора структурированной информации о деятельности Совета.

2. Цель и задачи приема и анализа обращений

Целью формирования отчетности Совета является систематизация сведений о деятельности членов и подразделений совета, создание информационной основы для общественного участия в создании механизмов повышения безопасности, качества и доступности медицинской и социальной помощи населению Российской Федерации, развитии принципов открытости, законности и профессионализма в медицинской и социальной сфере.

3. Результат формирования отчетности

Результатом исполнения функции являются:

- 3.1. прозрачность деятельности членов и подразделений Совета;
- 3.2. создание единого информационного поля о деятельности членов и подразделений Совета.

4. Субъекты отчетности

Согласно Регламенту сдают отчетность:

- 4.1. Члены Центрального Совета по защите прав пациентов;
- 4.2. Региональные отделения Совета по защите прав пациентов.

5. Порядок сдачи, приема и обработки отчетности, распределение обязанностей

- 5.1. Отчетность сдается по результатам квартала.
- 5.2. Члены центрального Совета и представители Региональных отделений заполняют прилагаемые к настоящему Регламенту Бланки отчетности и сдают их

секретарю Совета на указанный электронный адрес в формате Word до 5 числа месяца, следующего за окончанием квартала (5 апреля, 5 июля, 5 октября), за исключением отчета за 4 квартал предоставляемого до 15 января следующего года.

5.3. Члены центрального совета несут личную ответственность за качество и своевременность предоставления персональной отчетности.

5.4. За качество и своевременность предоставления отчетности Отделения Совета несут ответственность председатели региональных Отделений Совета.

5.5. Прием отчетов и статистическую обработку информации осуществляет секретарь совета. Обработка информации осуществляется секретарем в течении 5 дней после окончания приема отчетов (до 10 апреля, 10 июля, 10 октября, 20 января).

5.6. Анализ статистически обработанной информации из отчетов осуществляется членами Совета по заданию Председателя Совета.

5.7. Информация из отчетов в обработанном виде публикуется на интернет сайте Совета не позднее 10 дней после окончания приема отчетов (до 15 апреля, 15 июля, 15 октября, 25 января).

Форма отчета Общественного совета при Росздравнадзоре

Уважаемые члены Общественных советов, просим Вас заполнить настоящую анкету от имени Вашего совета (одну анкету от Совета) и выслать ее в электронном виде на адрес sovetrzn@yandex.ru до 20 декабря 201_ года.

Полученные данные, вместе с отчетами и иными материалами, будут использованы для анализа и подведения итогов работы Совета в 2014 году и для планирования деятельности на следующий период.

Заполнить анкету не сложно: в соответствующей графе напишите свой ответ, либо обозначьте цветом, шрифтом подходящий вам вариант ответа.

1. Регион Совета		
2. Общее число членов Совета в настоящее время	_____ чел.	
3. Число подразделений Совета: комиссий, рабочих групп, другие подструктуры. Если такие есть, то напишите, какие именно.	0- Нет подразделений 1- _____ подразделений: _____ _____ _____	
4. Число _____ пациентских НКО в Совете	0- Пациентских НКО нет 1- _____ пациентских НКО	
5. Какие социально-профессиональные группы представляют члены Совета? Укажите количество человек, представляющих каждую группу. (Если	Группа	Кол-во чел.
	Представители Росздравнадзора	
	Представители других органов власти	
	Представители врачебного сообщества	
каждую группу. (Если	Представители пациентских	

<p>человек по своему статусу относится сразу к нескольким группам, указывайте его во всех. Если есть представители других групп, укажите: каких, сколько человек их представляют в Совете)</p>	организаций		
	Представители проф. ассоциаций		
	Представители фарм. производителей		
	Представители СМИ		
	Общественные деятели (кроме пациентских НКО)		
	Иное (запишите) _____		
	Иное (запишите) _____		
<p>6. Какие социально-профессиональные группы проявляют наибольшую активность в работе Совета? (Оцените в процентах какую долю вопросов повестки заседаний инициировали в прошедший год представители различных групп. Сумма процентов должна составить 100)</p>	Группа		%
	Представители Росздравнадзора		
	Представители других органов власти		
	Представители врачебного сообщества		
	Представители пациентских организаций		
	Представители проф. ассоциаций		
	Представители фарм. производителей		
	Представители СМИ		
	Общественные деятели (кроме пациентских НКО)		
	Иное (запишите) _____		
<p>7. Сколько заседаний Совета состоялось в 2014 году? Среднее количество участников заседания?</p>	_____ заседаний _____ чел. в среднем присутствовало на заседании		
<p>8. Ответьте на данный вопрос в три этапа: 8.1. Укажите основные вопросы, которые рассматривал Ваш Совет в 2014 году. 8.2. Оцените важность этих вопросов по 10-ти бальной шкале. 8.3. Укажите на скольких заседаниях данный вопрос рассматривался целевым образом?</p>	Вопрос	Важность, балл	Кол-во заседаний
<p>9. Перечислите основные формы работы Вашего</p>	Форма работы	Комментарий	

<p>Совета (заседания, выездные заседания, запросы, экспертизы, исследования, доклады, инициация проверок, круглые столы, семинары, пресс-мероприятия, работа с обращениями и жалобами, прием граждан, участие в мероприятиях партнеров и др.). Дайте краткие комментарии о частоте и результативности применения данных форм</p>		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):
		Частота: _____ раз Результативность (опишите):

В следующих вопросах обозначьте цветом, шрифтом подходящий вам вариант ответа.

10. Есть ли собственный сайт у Совета при ТУ Росздравнадзора?

1 – нет ПЕРЕХОД К ВОПРОСУ 13

2 – да

11. Среднее ежемесячное количество посетителей сайта за последний год?

_____ чел.

12. Есть ли форум на сайте Совета?

12.1 – Форума нет.

12.2 – Форум есть, кол-во зарегистрированных участников _____ чел.

13. Наличие аккаунтов/групп в социальных сетях (укажите название сети и количество участников группы).

13.1 – Нет аккаунтов/групп в социальных сетях

13.2 – Есть аккаунты/ группы в социальных сетях (название сети / кол-во участников группы):

1 - Вконтакте/_____ чел.

2 - Одноклассники/_____ чел.

3 - Фейсбук/_____ чел.

4 - Твиттер/_____ чел.

5 - Инстаграм/_____ чел.

99 – Другое (напишите) _____ / _____ чел.

14 Количество выпущенной печатной продукции за последний год. В первом столбце напишите названия всех изданных буклетов, методичек, монографий и т.п., во втором – тираж каждого из указанных изданий.

14.1. Буклеты (укажите названия и тираж): 1- _____ 2- _____ 3- _____	1- _____ шт. 2- _____ шт. 3- _____ шт.
14.2. Методички 1- _____ 2- _____ 3- _____	1- _____ шт. 2- _____ шт. 3- _____ шт.
14.3 Монографии 1- _____ 2- _____ 3- _____	1- _____ шт. 2- _____ шт. 3- _____ шт.
14.4 Другое (укажите, что именно): _____	_____ шт.

15. Количество публикаций, упоминающих ваш Совет в средствах массовой и профессиональной коммуникации за последний год.

15.1 Материалы в печатных СМИ (газеты, журналы):	0. Не было 1. _____ шт.
15.2 Материалы в электронных СМИ (в Интернете)	0. Не было 1. _____ шт.
15.3 Сюжеты на телевидении или радио	0. Не было 1. _____ шт.
15.4 Статьи в научной, специальной литературе	0. Не было 1. _____ шт.

16. Публикует ли ваш Совет отчет о своей деятельности в каких-либо открытых источниках? Сколько раз в год?

- 16.1 Отчет не публикуется.
16.2 Один раз в год
16.3 Два раза в год
16.4 Чаше, чем два раза в год

17. Укажите, пожалуйста, примерное количество обращений граждан в ваш Совет за последний год: _____ обращений

18. Какие публичные мероприятия с участием органов власти (за исключением Росздравнадзора) были проведены Вашим Советом за последний год. Обозначьте цветом, шрифтом подходящий вам вариант ответа, напишите кол-во мероприятий.

- 18.1 Совет не проводил мероприятия с участием органов власти, кроме Росздравнадзора, в прошедшем году.
18.2 Советом было проведено _____ публичных мероприятий с участием органов власти.

В таблице опишите каждое мероприятие: укажите название, обозначьте цветом, шрифтом вид и статус мероприятия, укажите общее количество участников и количество представителей власти, присутствовавших на мероприятии.

Название мероприятия	Вид мероприятия	Статус	Кол-во Участн и-ков	Сколько представителей власти принимали участие в мероприятии?
1.	1. Круглый стол 2. Конференция 3. Семинар 99. Другое: _____	1. Всероссийское 2. Межрегион-ое 3. Областное 4. Городское. 5. Районное.	___ чел.	1. Федеральная власть: ___ чел. 2. Региональная власть: ___ чел. 3. Муниципальная власть: ___ чел.
2.	1. Круглый стол 2. Конференция 3. Семинар 99. Другое: _____	1. Всероссийское 2. Межрегион-ое 3. Областное 4. Городское. 5. Районное.	___ чел.	4. Федеральная власть: ___ чел. 5. Региональная власть: ___ чел. 6. Муниципальная власть: ___ чел.
3.	1. Круглый	1.	___	7. Федеральная власть: ___ чел.

	стол 2. Конференция 3. Семинар 99. Другое: _____	Всероссийское 2. Межрегион- ое 3. Областное 4. Городское. 5. Районное.	чел.	8. Региональная власть: ____ чел. 9. Муниципальная власть: ____ чел.
4.	1. Круглый стол 2. Конференция 3. Семинар 99. Другое: _____	1. Всероссийское 2. Межрегион- ое 3. Областное 4. Городское. 5. Районное.	____ чел.	10. Федеральная власть: ____ чел. 11. Региональная власть: ____ чел. 12. Муниципальная власть: ____ чел.
5.	1. Круглый стол 2. Конференция 3. Семинар 99. Другое: _____	1. Всероссийское 2. Межрегион- ое 3. Областное 4. Городское. 5. Районное.	____ чел.	13. Федеральная власть: ____ чел. 14. Региональная власть: ____ чел. 15. Муниципальная власть: ____ чел.

19. Принимал ли ваш Совет участие в подготовке, разработке нормативно-правовых актов (НПА) (проекты законов, подзаконных актов и т.п.)? Каков результат данной работы за последний год?

Заполните, пожалуйста, цифрами все пропуски в таблице или впишите свои комментарии.

НПА, работа по которым началась более года назад, но в прошедшем году по ним было вынесено решение, также учитываются в общем количестве НПА.

Количество НПА, в работе над которыми Совет принимал участие	Кол-во НПА разного уровня	Результат инициативы
0. Совет не принимал участие в работе с НПА за последний год		
____ НПА	1. Региональные НПА: ____ НПА 2. Федеральные НПА: ____ НПА	<p style="text-align: center;">Региональные НПА</p> 1- Принятие проекта: ____ НПА 2- Внесение поправок в проект: ____ НПА 3- Обсуждение НПА 4- Отклонение проекта: ____ НПА 5- Другое (напишите) _____: ____ НПА
		<p style="text-align: center;">Федеральные НПА</p> 1- Принятие проекта: ____ НПА 2- Внесение поправок в проект: ____ НПА 3- Обсуждение НПА 4- Отклонение проекта: ____ НПА 5- Другое (напишите) _____: ____ НПА

20. Какие еще формы взаимодействия с законодательной и исполнительной властью, используются в Вашем Совете и в каком объеме.

В таблице по каждой строке укажите количество форм взаимодействия с законодательной и исполнительной властью, если они есть. Если нет, обозначьте цветом, шрифтом вариант «0. Не было...»

Форма взаимодействия	С законодательной властью (депутаты, комитеты, профильные комиссии региональных Дум и т.п.)	С исполнительной властью (руководителями исполнительных органов власти)
20.1 Запросы, письма, полученные Вашей организацией от властных структур	___ (укажите количество за этот год) 0. Не было запросов	___ (укажите количество за этот год) 0. Не было запросов
20.2 Посещение личных приемов	___ встреч с депутатами 0. Не было встреч с депутатами	___ встреч с руководителями региона, ведомства... 0. Не было встреч в этом году
20.3 Переписка в социальных сетях (твиттер, ЖЖ, facebook и т.п.);	1- Есть переписка с депутатами 2- Переписка не ведется.	1- Есть переписка с чиновниками 2- Переписка не ведется

21. Оцените по 10-ти бальной шкале поддержку вашего Совета Территориальным управлением Росздравнадзора. Обозначьте цветом, шрифтом подходящий вам вариант ответа

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Опишите основные результаты, достижения Вашего Совета за прошедший год:

23. Опишите основные сложности, барьеры, затрудняющие работу Вашего Совета:

24. Дайте Ваши предложения по оптимизации работы системы общественных советов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения

Укажите Ф.И.О., статус в Совете и контактные данные (телефон, е-майл) респондента, заполнившего данную анкету

ФИО _____
 Статус в Совете _____
 Телефон _____
 E-mail _____

Укажите Ф.И.О., должность по основному месту работы, контакты (телефон, е-майл) Председателя Вашего совета

ФИО _____

Должность по основному месту работы _____
Телефон _____
E-mail _____

Укажите Ф.И.О., должность в совете, должность по основному месту работы, контакты (телефон, e-майл) заместителей Председателя Вашего совета

1)

Ф.И.О. _____
Должность в Совете _____
Должность по основному месту работы _____
Телефон _____
E-mail _____

2)

Ф.И.О. _____
Должность в Совете _____
Должность по основному месту работы _____
Телефон _____
E-mail _____

3)

Ф.И.О. _____
Должность в Совете _____
Должность по основному месту работы _____
Телефон _____
E-mail _____

Приложение 9.

Приложение N 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2012 г. N 437

ПОЛОЖЕНИЕ О СОВЕТЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации (далее - Совет) является совещательным органом, осуществляющим рассмотрение и выработку предложений по вопросам организации и оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, а также по вопросам повышения эффективности и безопасности медицинских технологий и медицинской продукции, совершенствования системы здравоохранения и государственной системы оказания медицинской помощи, расширения общественного контроля в сфере здравоохранения.

2. В своей деятельности Совет руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также настоящим Положением.

3. Решения Совета носят рекомендательный характер.

4. Основные принципы деятельности Совета - добровольность, гласность, законность, профессионализм.

5. Совет осуществляет следующие функции:

обсуждение нормативных правовых актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья граждан;

подготовку предложений и рекомендаций по вопросам организации и оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, повышения эффективности и безопасности медицинских технологий и медицинской продукции, совершенствования системы здравоохранения и государственной системы оказания медицинской помощи, расширения общественного контроля в сфере здравоохранения;

координацию работы советов общественных организаций по защите прав пациентов при исполнительных органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

6. Совет для осуществления своей деятельности:

дает рекомендации Министерству здравоохранения Российской Федерации о проведении совместных с Советом или самостоятельных мероприятий, способствующих реализации прав граждан на охрану здоровья;

приглашает на свои заседания представителей федеральных органов государственной (исполнительной) власти и (или) органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, медицинских организаций;

создает при необходимости экспертные группы, в том числе из числа лиц, не являющихся членами Совета, для осуществления возложенных на Совет функций; организует конференции и мероприятия направленные на осуществление функций Совета.

7. Состав Совета состоит из двух сопредседателей, членов Совета и ответственного секретаря.

8. В состав Совета входят представители федеральных органов исполнительной власти, общественных и иных организаций, которые представляют интересы пациентов.

Прием в состав Совета представителей общественных и иных организаций осуществляется по решению Совета на основании письменного обращения руководителя организации.

Решение о приеме в состав Совета принимается квалифицированным (2/3) большинством голосов членов Совета.

Состав Совета формируется в соответствии с едиными критериями и требованиями, утверждаемыми Советом и может изменяться по решению Совета по мере необходимости.

Численный состав Совета не может превышать 35 человек.

От одной организации в Совете может быть членом только один представитель.

Состав Совета пересматривается не реже 1 раза в 2 года;

9. Члены Совета осуществляют свою деятельность на общественных началах и безвозмездной основе.

10. Член Совета имеет право:

участвовать во всех мероприятиях Совета;

участвовать в заседаниях, совещаниях, круглых столах и других мероприятиях, проводимых по инициативе Министерства здравоохранения Российской Федерации;

в инициативном порядке готовить аналитические записки, доклады, другие информационно-аналитические документы и вносить предложения о их рассмотрении на очередном заседании Совета;

вносить через сопредседателей Совета предложения в план работы Совета и порядок проведения его заседаний;

вносить предложения по кандидатурам приглашаемых на заседания Совета лиц.

11. Член Совета обязан:

принимать участие (лично или через уполномоченного представителя) в заседаниях Совета и излагать свое мнение при обсуждении вопросов, рассматриваемых на заседаниях Совета;

выполнять поручения, данные сопредседателями Совета;

знать и соблюдать предусмотренный настоящим Положением порядок работы Совета;

участвовать в работе экспертных групп, создаваемых Советом для осуществления возложенных на него функций.

12. Совет организует свою работу в соответствии с планами и программами, утверждаемыми на заседании Совета по представлению сопредседателей Совета.

13. Планирование работы Совета осуществляется на основе предложений членов Совета, сопредседателей Совета и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

14. Заседания Совета проводятся не реже одного раза в квартал.

Решения, принятые на заседаниях Совета, оформляются протоколом.

15. Заседания Совета считаются правомочными, если на них присутствуют не менее двух третей членов Совета.

Член Совета при отсутствии возможности личного участия в заседании Совета вправе передать свой голос другому члену Совета, заранее уведомив об этом сопредседателей (сопредседателя) Совета.

Решения Совета принимаются простым большинством голосов.

16. Заседания Совета проводят сопредседатели (сопредседатель) Совета.

17. Материалы работы Совета публикуются на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации.

18. Сопредседатели Совета:

осуществляют общее руководство деятельностью Совета, ведут заседания Совета;

на основе предложений членов Совета готовят планы работы Совета, изменения в планы работы Совета и представляют их на утверждение Совета;

организуют заседания Совета;

утверждают повестку дня заседаний Совета;

подписывают предложения и рекомендации Совета, протоколы и иные документы Совета;

определяют время и место проведения заседаний Совета;

в рамках деятельности Совета дают поручения членам Совета;

подписывают запросы, рекомендации, предложения от имени Совета;

осуществляют иные функции, необходимые для обеспечения деятельности Совета.

19. Утратил силу (в редакции Приказа Минздрава РФ № 808 от 30.10.2013).

20. Ответственный секретарь Совета:

назначается сопредседателями Совета;

обеспечивает взаимодействие Совета и Министерства здравоохранения Российской Федерации;

осуществляет документально-техническое обеспечение деятельности Совета;

информирует членов Совета о месте и времени проведения Совета, повестке дня, обеспечивает необходимыми информационно-справочными материалами;

ведет протоколы заседаний Совета и осуществляет контроль выполнения принятых решений;

принимает участие в составлении повестки заседаний Совета.

21. Вносимые на Совет материалы должны быть переданы ответственному секретарю Совета не позднее, чем за 10 календарных дней до назначенной даты заседания Совета, где предполагается их рассмотрение.

Ответственный секретарь обеспечивает предоставление материалов для рассмотрения на заседании Совета членам Совета, сопредседателям Совета не позднее, чем за 3 календарных дня до назначенной даты рассмотрения. Представление материалов в более поздние сроки согласовывается с сопредседателями (сопредседателем) Совета.

Спасибо за полные ответы!

Вы будете ознакомлены с результатами данного опроса после их обработки и оформления.

ДЛЯ ЗАМЕТОК
