

ПРАВА

БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Южная межрегиональная диабетическая ассоциация.
Права больного сахарным диабетом*

Пособие для больных сахарным диабетом

Ростов-на-Дону
2010 г.

П 68 Права больного сахарным диабетом. Пособие для больных сахарным диабетом. / Под ред. Галичаева М.П. – Ростов-на-Дону: ООО «Донской Издательский Дом», 2010. – 232 с.

ISBN 5-87688-025-6

ББК 67. 621. 15

Брошюра издается уже в третий раз, предназначена больным сахарным диабетом и их семьям. В ней учтены все известные авторскому коллективу последние нормативные акты, регулирующие предоставление услуг по медико-социальному обеспечению

Изменения российского законодательства в связи с принятием федерального закона № 122 определило новую систему финансирования и форм государственной помощи различным социально незащищенным категориям населения страны, в т.ч. и лицам, страдающим сахарным диабетом.

Главной нашей целью было - показать принцип решения проблем, -не ждать, а действовать, не смиряться, а настаивать и добиваться своего, помочь людям с диабетом, имеющим детей с диабетом реализовать свое право на государственную социальную поддержку в новых условиях. Брошюра подготовлена с участием родителей детей с диабетом, молодого человека с детства больного сахарным диабетом, опытного руководителя диабетического общественного движения.

Кроме того, мы надеемся, что эта брошюра дает людям с сахарным диабетом право выбора отношения к своей болезни: уповать только на государство или прилагать и собственные усилия, чтобы чувствовать себя полноценным членом общества – это касается и образа жизни больного, и необходимости вкладывать личные денежные средства в поддержание своего здоровья. Мы надеемся, что больные сахарным диабетом найдут в брошюре полезную информацию и по этому аспекту своей жизни.

Читатели из других регионов России это пособие тоже может оказаться полезным, так как акты примерно такого же содержания обязательно приняты и в Волгоградской области, и в Ставропольском и Краснодарском краях, и в Республике Адыгея. Потому что в принятых законах РФ и постановлениях Правительства РФ всегда есть пункт о принятии аналогичных решений субъектами РФ.

Все законодательные акты, содержащиеся в данной брошюре, даны в редакциях по состоянию на 1 января 2010 г.

ISBN 5-87688-025-6

© Южная межрегиональная диабетическая ассоциация, 2010
© Галичаев М.П., 2010
© ООО «Донской Издательский Дом», оформление, 2010

СОДЕРЖАНИЕ

1. Предисловие	6
2. Основа законов по правам на медико-социальное обеспечение	7
2.1. Конституция Российской Федерации и здоровье человека	7
2.2. Конвенция о правах инвалидов (приводится в сокращенном виде).....	9
2.3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995 г	11
2.4. Областной закон Ростовской области «О социальном обслуживании населения Ростовской области» №185-ЗС от 22.10.2004 г.	22
2.5. Постановление Администрации Ростовской области «Об областном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам» № 457 от 25.11.2004	23
2.6. Новое в законодательстве о льготах	32
3. Основы законодательства об охране здоровья граждан	35
4. Основы законодательства о государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи и об обязательном медицинском страховании.....	52
4.1. Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области	52
4.2. Обязательное медицинское страхование	68
4.2.1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования	69
4.2.2. Права пациента и их защита в системе обязательного медицинского страхования	71
4.2.3. Решение спорных вопросов	73
5. Управление сахарным диабетом	78
5.1. Классификация, диагностика, лечение сахарного диабета и его поздних осложнений	78
5.1.1. Классификация, диагностика и лечение сахарного диабета (МКБ -10)	79
5.1.2. Гипогликемия, гипогликемическая кома (острые осложнения сахарного диабета)	90
5.1.3. Диабетический кетоацидоз, диабетическая кома (Шифр Е 10.0-10.1).....	90
5.1.4. Диабетическая нефропатия (шифр Е10.2; Е11.2).....	96
5.1.5. Диабетическая ретинопатия (Шифр Е10.3 Е11.3).....	98
5.1.6. Диабетическая нейропатия (ШИФР Е10.4 Е10.5)	100
5.1.7. Синдром диабетической стопы (ШИФР Е10.5 Е11.5)	101
5.1.8. Ограниченная подвижность суставов	103
5.1.9. Лабораторные показатели	103
5.2. Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулинзависимым и инсулинонезависимым сахарным диабетом.....	105
5.2.1. Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом	105

5.2.2. Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулинонезависимым сахарным диабетом	110
5.3. Рекомендации из практического опыта.....	116
6. Медико-социальная поддержка льготных категорий граждан в Ростовской области	118
6.1. Федеральные и региональные льготные категории граждан	118
6.2. Государственная поддержка страдающих сахарным диабетом без инвалидности (региональные льготники)	119
6.3. Государственная поддержка больных сахарным диабетом с инвалидностью (федеральные льготники).	125
6.3.1. Кто является федеральным льготником.....	125
6.3.2. Порядок установления инвалидности.....	127
6.3.2.1. Правила признания лица инвалидом	127
6.3.2.2. Обжалование решений об установлении инвалидности	138
6.3.2.3. Индивидуальные программы реабилитации и реабилитация инвалидов	139
6.3.3. Законы, нормативные акты, регулирующие права на медико-социальное обеспечение инвалидов	156
6.3.3.1. Социальный пакет	156
6.3.3.2. Дополнительное лекарственное обеспечение	157
6.3.4. Обеспечение социальных гарантий населения.	166
6.3.5. Санаторно-курортное лечение	167
6.3.6. О принудительном переводе на непроверенные новые для пациента диабетические препараты	173
6.3.6.1. Послание президента Российской Федерации и российские лекарственные препараты	173
6.3.3.2. Обращение ЮМДА.....	175
6.3.3.3. Официальные оценки	177
7. Диабет и дети. Охрана детства	180
7.1. Закон на страже защиты детей.....	180
7.2. Права и льготы детей - инвалидов по сахарному диабету.....	181
7.3. Меры социальной поддержки семьям с детьми	182
8. Льготы	185
8.1. Социальное обслуживание инвалидов	185
8.2. Адресная социальная помощь	191
8.3. Прочие льготы	193
8.3.1 Льготы инвалидам в сфере образования.....	193
8.3.2. Льготы при компенсации расходов на санаторно-курортное обслуживание инвалидов	196
8.3.3. Льготы инвалидов при пользовании транспортом	196
8.3.4. Трудовое законодательство.....	196
8.3.5. Жилищные льготы	198
8.3.6. Льготы в области культуры	201
8.3.7. Льготы в области спорта	201

9. Оптимизация расходов на лечение сахарного диабета	203
10. Как и куда обращаться.....	204
10.1. Пять простых правил по защите своих прав	204
10.2. Рекомендации по написанию заявления:	205
10.3. Прокуратура на страже Закона.....	205
10.4. Защита прав в суде.....	209
10.5. Антикоррупционные мероприятия в системе здравоохранения.....	216
11. Ответы на часто задаваемые вопросы	218
12. Дополнительная помощь больным сахарным диабетом в Ростовской области	226
12.1. Общественные организации больных сахарным диабетом	226
12.2. Медицинские учреждения и социальные службы, диабетические фирмы.....	229

«ЖИЗНЬ ДАЕТСЯ ЧЕЛОВЕКУ ОДИН РАЗ И ПРОЖИТЬ ЕЕ НАДО!»

1. Предисловие

Брошюра, что лежит перед вами, в простой и доступной форме снабдит Вас знанием Закона. Внимательно изучите ее. Вы непременно увидите в ней подсказку к решению собственных проблем.

Более-менее полно свои права знает лишь каждый десятый инвалид, а остальные знают лишь о пенсии и бесплатном проезде.

Оказавшись же наедине со своими проблемами, инвалиды совершенно теряются и не знают, что им предпринять в той или иной ситуации.

Из этих повседневных проблем основными больные очереди называют:

- не выписывают или не выдают нужный инсулин и/или другие диабетические препараты;

- кроме инсулина лекарства для лечения осложнений не выписывают;

- не выписывают и не выдают средства самоконтроля (тест-полоски), иглы к шприц-ручкам;

- не помещают на плановые госпитализации (в т.ч. перед МСЭ);

- приходится покупать лекарства, в т.ч. инсулины за свой счет;

- в аптеках за получением выписанных лекарств очередь на недели, происходят замены лекарств или уменьшение объемов от указанных в рецепте, не ставят рецепты на очередь и они пропадают;

- произвол при проведении медико-социальных экспертиз, отказ в установлении инвалидности или снижение группы инвалидности;

- санаторно-курортное лечение практически невозможно

- отказы в применении других льгот и т. п.;

- проблемы с трудоустройством инвалидов.

И при таком положении дел, заявляя о своих проблемах в общественные организации устно, часто больные боятся написать письменное заявление о защите своих прав. Причина? «Боишься последствий».

А нет заявления – нет проблемы. Так считают многие должностные лица.

Вы постоянно сталкиваетесь с проблемами разделения больных сахарным диабетом на федеральных и региональных льготников. Такое разделение часто носит дискриминационный характер, ограничивая объем получаемых льготных услуг. В брошюре отдельно даны рекомендации для «региональных» и «федеральных» льготников.

При подготовке этих практических рекомендаций были изучены материалы исковых заявлений инвалидов и больных сахарным диабетом, как находящиеся на рассмотрении в районных судах, так и уже рассмотренные, в том числе в Верховном суде России и в Конституционном суде.

Их изучение показывает: кто не опускает рук перед произволом чиновников, кто борется за свои права, тот помогает и себе, и собратьям по несчастью.

Поэтому руководителями и активистами диабетических общественных организаций было принято решение - нужно такое пособие, чтобы читатель понял: какие права нарушены и что надо делать, чтобы узнать, куда по какому вопросу и к кому обращаться, как составить простой документ – заявление, жалобу и т.п.

И запомните – в этой брошюре ничего не написано зря. Если Вы увидите какой-то документ, ссылку на него или пример, знайте – это обязательно Вам пригодится в дальнейшем, причем что-то – даже при решении других жизненных вопросов.

Из опыта практической работы составители брошюры знают, как читают заявления, и, поэтому, подсказывает, как их писать. Авторы знают, на что обращают и должны обращать внимание судьи, и подсказывают, как готовиться к судебной защите своих прав.

Небольшой объем брошюры не позволяет охватить все вопросы, волнующие инвалидов, поэтому мы рассмотрим только основные из них, а о других укажем ссылки на нормативные правовые акты, будем давать ответы на личных консультациях и на Ваши письма.

Вот и давайте в нашей брошюре постараемся разобраться, как нужно действовать каждому из нас в таких ситуациях.

2. Основа законов по правам на медико-социальное обеспечение

2.1. Конституция Российской Федерации и здоровье человека

Любой закон или другой правовой акт, принимаемый Президентом, Госдумой или Правительством, обязательно содержат слова: «В соответствии с Конституцией РФ ...».

Правда, когда считаешь некоторые, или сталкиваешься с их исполнением на местах, то начинаешь сомневаться, а читали ли они эту Конституцию?

И, поскольку краеугольным камнем в системе всего законодательства России является именно Конституция, на основании которой должны приниматься любые правовые акты в стране и которая призвана защищать наши права, каждый из нас в первую очередь должен знать положения Конституции.

И, обращаясь в какие-либо инстанции устно или письменно, помните сами и напоминайте об этом чиновникам.

Помните и напоминайте, что согласно **части 2 статьи 6 Конституции РФ «Каждый гражданин Российской Федерации обладает на ее территории всеми правами и свободами и несет равные обязанности, предусмотренные Конституцией Российской Федерации».**

То есть, каждый, в том числе и Вы, имеете те же права на такую же жизнь и обеспечение, как и чиновник. И каждый, в том числе и чиновник, несет те же конституционные обязанности по соблюдению российских законов.

Обратите внимание, что **часть 1 статьи 7 Конституции РФ** особо выделяет, что политика России, как социального государства, направлена на создание условий, «обеспечивающих достойную жизнь человека». Достойную, а не ту, которую Вам пытаются предложить чиновники. И это, согласно Конституции, «**обязанность государства**».

А часть 2 статьи 7 не спрашивает чиновников и не рекомендует им, а прямо закрепляет, что в Российской Федерации охраняется **здоровье людей, обеспечивается государственная поддержка детства, инвалидов, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты**.

Статья 38 прямо говорит, что детство находится под защитой государства.

Статья 39 каждому гарантирует социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности и для воспитания детей.

Интересно, а что скажет Вам чиновник, когда Вы ему покажете **статью 41 Конституции:**

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно...»

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения...»

Одно из самых важных положений Конституции, которое обязательно должно использоваться Вами при защите своих прав, закреплено в **Статье 15: 1. Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации. Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции Российской Федерации.**

То есть, если органы власти или местного самоуправления принимают какое-либо решение, которое нарушает наши права, можно однозначно говорить, что они являются нарушителями самого главного закона России – Конституции.

Статья 16 Конституции РФ однозначно закрепляет **главенствующую роль прав и свобод человека**, и ее нарушения должны повлечь суровую ответственность зарвавшегося чиновника, если конечно Вы начнете защищать свои права:

«1. Положения настоящей главы Конституции составляют **основы конституционного строя Российской Федерации** и **не могут быть изменены** иначе как в порядке, установленном настоящей Конституцией.

2. Никакие другие положения настоящей Конституции не могут противоречить основам конституционного строя Российской Федерации.

Зачастую в своих отписках должностные лица ссылаются на положения существующих законов или инструкций, на нехватку денег в бюджете, на чье-либо мнение или указание «сверху».

Поэтому запомните сами и всегда требуйте от органов власти соблюдения **статьи 18 Конституции: «Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Они определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием».**

То есть, благодаря Конституции, все должны понять, что смысл, содержание и применение законов, деятельность всех органов власти и управления подчинены только одному — соблюдению прав человека.

Статья 55 также всем ясно объясняет:

«2. В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина».

Любой, кто будет говорить Вам что-либо другое, кто будет толковать существующие законы по-своему, является нарушителем самого главного закона в стране — Конституции.

И, чтобы призвать таких нарушителей к ответу, каждый из нас должен пользоваться положениями **статьи 33 Конституции: «Граждане Российской Федерации имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления».**

А статья 45 Конституции гарантирует государственную защиту прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации и подтверждает: «Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом», в том числе и на судебную защиту» (Статья 46).»

В общем, знайте, что любая отрасль нашей повседневной жизни (труд, культура, образование. Жилье и т.п.) предусмотрена в Конституции, и как только у Вас возникла какая-то проблема, открывайте Конституцию.

Если же при этом у Вас еще остаются вопросы, используйте ст. 15 ч. 4. «...Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то **применяются правила международного договора**».

Следует отметить, что практически с первых дней существования Организации Объединенных Наций все принимаемые ею международные правовые акты неуклонно защищают права человека и, особо, детей и инвалидов.

Так, во Всеобщей декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году, в статье 7 признано, что *«все люди равны перед законом и имеют право, без всякого различия, на равную защиту закона».*

Статья 25 Декларации устанавливает, что каждый человек имеет право на такой **медицинский уход**, который необходим для **поддержания здоровья**, и право на **обеспечение на случай болезни, инвалидности**, или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

Этим же международным документом закреплены права каждого человека на бесплатное и общедоступное образование, то есть ООН утвердила, что инвалидность - это вопрос из области прав человека, а не только вопрос реабилитации или социального обеспечения.

В 1971 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла **Декларацию о правах инвалидов**, где разработала для инвалидов четкие директивы их деятельности в ближайшем будущем и поставила задачу государствам - членам ООН искать источники финансирования и поддержки инвалидов в контексте проблемы прав человека.

Международной основой, на которой инвалиды и их организации должны строить свою повседневную деятельность, являются **Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов**, принятые Генеральной Ассамблеей ООН на 48 сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96).

Во-первых, в них даются международные определения терминов «инвалидность», «нетрудоспособность», «предупреждение инвалидности», «реабилитация», «обеспечение равных возможностей». То есть, все государства в своем законодательстве должны учитывать именно эти определения, а не толковать их по-своему, как хотелось бы или как позволяет бюджет.

Во-вторых, каждое Правило определяет обязанность государств поддерживать инвалидов во всех сферах жизнедеятельности человека.

Так, Правило 2 – Медицинское обслуживание – прямо указывает: «Государствам следует обеспечить **эффективное медицинское обслуживание инвалидов**».

Государствам следует **обеспечить предоставление инвалидам**, особенно младенцам и детям, **медицинского обслуживания** на том же уровне в рамках той же системы, что и другим членам общества.

Государствам следует **обеспечить, чтобы инвалиды имели доступ к любым видам постоянного лечения и получали лекарственные препараты**, которые могут им потребоваться для поддержания или повышения уровня их жизнедеятельности.

Правило 3 определяет рамки **реабилитации** инвалидов, Правило 4 – обеспечение вспомогательными услугами и устройствами инвалидов, **с учетом их потребностей, «бесплатно или по такой низкой цене, которая будет доступна инвалидам или их семьям»**.

Другие Правила говорят о доступности, образовании, занятости инвалидов, семейной жизни и культуре, отдыхе и спорте.

Очень важным для нас является Правило 8 – Поддержание доходов и социальное обеспечение: «Государства несут ответственность за предоставление социального обеспечения инвалидам и поддержание их доходов».

Государствам при оказании помощи необходимо принимать во внимание издержки, которые часто несут инвалиды и их семьи в результате инвалидности.

Государствам следует также обеспечивать материальную поддержку и социальную защиту лицам, которые взяли на себя заботу об инвалиде.

В системе социального обеспечения следует включать меры по восстановлению потенциала инвалидов в получении доходов.

Правило 15. Законодательство

«Государства несут ответственность за создание правовой основы для принятия мер с целью обеспечения участия инвалидов в полной мере в жизни общества и их равноправия.

Национальное законодательство должно предусматривать принятие соответствующих санкций в случае нарушения принципов недопущения дискриминации» к инвалидам.

Правило 16. Экономическая политика

«Государства несут финансовую ответственность за осуществление национальных программ и мер, направленных на обеспечение равных возможностей для инвалидов.

Государствам следует включать вопросы, касающиеся инвалидов, в регулярные бюджеты всех национальных, региональных и местных государственных органов».

Нужны ли какие-то комментарии к этим Правилам?

Их нужно только выполнять всем без исключения и тогда у Правительства не будет возникать вопросов – как обеспечить достойную жизнь инвалидов?

2.2. Конвенция о правах инвалидов

(приводится в сокращенном виде)

Конвенция о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года, участником которой является ит Россия, гласит,

«а) *напоминающая* о провозглашенных в Уставе Организации Объединенных Наций принципах, в которых достоинство и ценность, присущие всем членам человеческой семьи, и равные и неотъемлемые права их признаются за основу свободы, справедливости и всеобщего мира,

б) *признавая*, что Организация Объединенных Наций провозгласила и закрепила во Всеобщей декларации прав человека и в Международных пактах о правах человека, что каждый человек обладает всеми предусмотренными в них правами и свободами без какого бы то ни было различия,

с) *подтверждая* всеобщность, неделимость, взаимозависимость и взаимосвязанность всех прав человека и основных свобод, а также необходимость гарантировать инвалидам полное пользование ими без дискриминации,

д) ссылаясь на Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, Международную конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Конвенцию о правах ребенка и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей,

е) признавая, что инвалидность — это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими,

ф) признавая важность, которую принципы и руководящие ориентиры, содержащиеся во Всемирной программе действий в отношении инвалидов и в Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, имеют с точки зрения влияния на поощрение, формулирование и оценку стратегий, планов, программ и мероприятий на национальном, региональном и международном уровнях для дальнейшего обеспечения инвалидам равных возможностей,

г) подчеркивая важность актуализации проблем инвалидности как составной части соответствующих стратегий устойчивого развития,

h) признавая также, что дискриминация в отношении любого лица по признаку инвалидности представляет собой ущемление достоинства и ценности, присущих человеческой личности,

j) признавая необходимость поощрять и защищать права человека всех инвалидов, в том числе нуждающихся в более активной поддержке,

т) признавая ценный нынешний и потенциальный вклад инвалидов в общее благосостояние и многообразие их местных сообществ и то обстоятельство, что содействие полному осуществлению инвалидами своих прав человека и основных свобод, а также полноценному участию инвалидов позволит укрепить у них ощущение причастности и добиться значительных успехов в человеческом, социальном и экономическом развитии общества и искоренении нищеты,

п) признавая, что для инвалидов важна их личная самостоятельность и независимость, включая свободу делать свой собственный выбор,

о) считая, что инвалиды должны иметь возможность активной вовлеченности в процессы принятия решений относительно стратегий и программ, в том числе тех, которые их прямо касаются,

г) признавая, что дети-инвалиды должны в полном объеме пользоваться всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми, и напоминая в этой связи об обязательствах, взятых на себя государствами — участниками Конвенции о правах ребенка,

т) подчеркивая тот факт, что большинство инвалидов живет в условиях нищеты, и признавая в этой связи острую необходимость заниматься проблемой отрицательного воздействия нищеты на инвалидов,

v) признавая, что важна доступность физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, а также информации и связи, поскольку она позволяет инвалидам в полной мере пользоваться всеми правами человека и основными свободами,

х) будучи убеждены в том, что семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства и что инвалиды и члены их семей должны получать необходимую защиту и помощь, позволяющие семьям вносить вклад в дело полного и равного пользования правами инвалидов,

у) будучи убеждены в том, что всеобъемлющая и единая международная конвенция о поощрении и защите прав и достоинства инвалидов явится важным вкладом в преодоление глубоко неблагоприятного социального положения инвалидов и в расширение их участия в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни при равных возможностях — как в развитых, так и в развивающихся странах» провозглашают целью конвенции «поощрение, защиту и обеспечение полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства», основываясь на принципах: «а)

уважения присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости; б) недискриминации; в) полного и эффективного вовлечения и включения в общество; г) уважения особенностей инвалидов и их принятия в качестве компонента людского многообразия и части человечества; д) равенства возможностей; е) доступности; ж) равенства мужчин и женщин; з) уважения развивающихся способностей детей-инвалидов и уважения права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность».

Статья 1 Конвенции относит к инвалидам относятся «лиц с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

Согласно статьи 4 Конвенции, «Государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять полную реализацию всех прав человека и основных свобод всеми инвалидами без какой бы то ни было дискриминации по признаку инвалидности. С этой целью государства-участники обязуются:

а) принимать все надлежащие законодательные, административные и иные меры для осуществления прав, признаваемых в настоящей Конвенции;

б) принимать все надлежащие меры, в том числе законодательные, для изменения или отмены существующих законов, постановлений, обычаев и устоев, которые являются по отношению к инвалидам дискриминационными;

в) учитывать во всех стратегиях и программах защиту и поощрение прав человека инвалидов;

г) воздерживаться от любых действий или методов, которые не согласуются с настоящей Конвенцией, и обеспечивать, чтобы государственные органы и учреждения действовали в соответствии с настоящей Конвенцией;

д) принимать все надлежащие меры для устранения дискриминации по признаку инвалидности со стороны любого лица, организации или частного предприятия...;

Что касается экономических, социальных и культурных прав, то каждое государство-участник обязуется принимать, максимально задействуя имеющиеся у него ресурсы, а в случае необходимости — прибегая к международному сотрудничеству, меры к постепенному достижению полной реализации этих прав без ущерба для тех сформулированных в настоящей Конвенции обязательств, которые являются непосредственно применимыми в соответствии с международным правом».

При этом, согласно статье 5, «1. Государства-участники признают, что все лица равны перед законом и по нему и имеют право на равную защиту закона и равное пользование им без всякой дискриминации.

2. Государства-участники запрещают любую дискриминацию по признаку инвалидности и гарантируют инвалидам равную и эффективную правовую защиту от дискриминации на любой почве.

3. Для поощрения равенства и устранения дискриминации государства-участники предпринимают все надлежащие шаги к обеспечению разумного приспособления.

4. Конкретные меры, необходимые для ускорения или достижения фактического равенства инвалидов, не считаются дискриминацией по смыслу настоящей Конвенции».

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

(приводится в сокращенном виде)

Основнополагающим на территории Российской Федерации является также и Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995 г.

«Настоящий Федеральный закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Предусмотренные настоящим Федеральным законом меры социальной защиты инвалидов являются расходными обязательствами Российской Федерации, за исключением мер социальной поддержки и социального обслуживания, относящихся к полномочиям государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава I. Общие положения

Статья 1. Понятие «инвалид», основания определения группы инвалидности

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». (в ред. Федерального закона от 17.07.1999 № 172-ФЗ)

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 2. Понятие социальной защиты инвалидов

Социальная защита инвалидов - система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

О некоторых мерах социальной поддержки инвалидов см. Указ Президента РФ от 06.05.2008 № 685.

Социальная поддержка инвалидов - система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения. (часть вторая введена Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 3. Законодательство Российской Федерации о социальной защите инвалидов

Законодательство Российской Федерации о социальной защите инвалидов состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации, настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Если международным договором (соглашением) Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, то применяются правила международного договора (соглашения).

Статья 4. Компетенция федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов

К ведению федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов относятся:

- 1) определение государственной политики в отношении инвалидов;
- 2) принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации о социальной защите инвалидов (в том числе регулирующих порядок и условия предоставления инвалидам единого федерального минимума мер социальной защиты); контроль за исполнением законодательства Российской Федерации о социальной защите инвалидов;

3) заключение международных договоров (соглашений) Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов;

4) установление общих принципов организации и осуществление медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

5) определение критериев, установление условий для признания лица инвалидом;

6) установление стандартов на технические средства реабилитации, средства связи и информатики, установление норм и правил, обеспечивающих доступность для инвалидов среды жизнедеятельности; определение соответствующих сертификационных требований; (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

7) установление порядка аккредитации организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов; (в ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)

8) осуществление аккредитации предприятий, учреждений и организаций, находящихся в федеральной собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов; (в ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

Постановлением Правительства РФ от 29.12.2005 № 832 утверждена федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2006 - 2010 годы».

9) разработка и реализация федеральных целевых программ в области социальной защиты инвалидов, контроль за их исполнением;

10) утверждение и финансирование федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду; (п. 10 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

11) создание федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, осуществление контроля за их деятельностью; (п. 11 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

13) координация научных исследований, финансирование научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по проблемам инвалидности и инвалидов;

14) разработка методических документов по вопросам социальной защиты инвалидов;

16) содействие в работе всероссийских общественных объединений инвалидов и оказание им помощи;

19) формирование показателей федерального бюджета по расходам на социальную защиту инвалидов;

20) установление единой системы учета инвалидов в Российской Федерации, в том числе детей-инвалидов, и организация на основе этой системы статистического наблюдения за социально-экономическим положением инвалидов и их демографическим составом. (пп. 20 введен Федеральным законом от 17.07.1999 № 172-ФЗ)

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

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

Глава II. Медико-социальная экспертиза

Статья 7. Понятие медико-социальной экспертизы

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

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 уполномоченным Правительством Российской Федерации феде-

ральным органом исполнительной власти. (в ред. Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Статья 8. Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Медико-социальная экспертиза осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, подведомственными уполномоченному органу, определяемому Правительством Российской Федерации. Порядок организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. (в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагаются: (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

1) установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;

3) изучение уровня и причин инвалидности населения;

4) участие в разработке комплексных программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов; (п. 4 в ред. Федерального закона от 23.10.2003 № 132-ФЗ)

5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности; (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Глава III. Реабилитация инвалидов

Статья 9. Понятие реабилитации инвалидов (в ред. Федерального закона от 23.10.2003 № 132-ФЗ)

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

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

– восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

– профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;

– социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

– физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 10. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

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

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

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

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

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.. (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое средство реабилитации либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического средства реабилитации, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду. (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

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

Статья 11.1. Технические средства реабилитации инвалидов (содержание статьи см. в разделе брошюры «реабилитация инвалидов»

Глава IV. Обеспечение жизнедеятельности инвалидов

Статья 13. Медицинская помощь инвалидам

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 17. Обеспечение инвалидов жилой площадью (в ред. Федерального закона от 29.12.2004 № 199-ФЗ)

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

Обеспечение за счет средств федерального бюджета жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий, вставших на учет до 1 января 2005 года, осуществляется в соответствии с положениями статьи 28.2 настоящего Федерального закона.

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, вставшие на учет после 1 января 2005 года, обеспечиваются жилым помещением в соответствии с жилищным законодательством Российской Федерации.

Определение порядка предоставления жилых помещений (по договору социального найма либо в собственность) гражданам, нуждающимся в улучшении жилищных условий, вставшим на учет до 1 января 2005 года, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации.

Жилые помещения предоставляются инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других заслуживающих внимания обстоятельств.

Инвалидам может быть предоставлено жилое помещение по договору социального найма общей площадью, превышающей норму предоставления на одного человека (но не более чем в два раза), при условии, если они страдают тяжелыми формами хронических заболеваний, предусмотренных перечнем, устанавливаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. (в ред. Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Плата за жилое помещение (плата за социальный наем, а также за содержание и ремонт жилого помещения), предоставленное инвалиду по договору социального найма с превышением нормы предоставления площади жилых помещений, определяется исходя из занимаемой общей площади жилого помещения в одинарном размере с учетом предоставляемых льгот.

Жилые помещения, занимаемые инвалидами, оборудуются специальными средствами и приспособлениями в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и желающие получить жилое помещение по договору социального найма, подлежат принятию на учет для улучшения жилищных условий независимо от размера занимаемой площади и обеспечиваются жилыми помещениями наравне с другими инвалидами.

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

Жилое помещение в домах государственного или муниципального жилищного фонда, занимаемое инвалидом по договору социального найма, при помещении инвалида в стационарное учреждение социального обслуживания сохраняется за ним в течение шести месяцев.

Специально оборудованные жилые помещения в домах государственного или муниципального жилищного фонда, занимаемые инвалидами по договору социального

найма, при их освобождении заселяются в первую очередь нуждающимися в улучшении жилищных условий другими инвалидами.

Инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 50 процентов на оплату жилого помещения (в домах государственного или муниципального жилищного фонда) и оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, - на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению.

Инвалидам и семьям, имеющим в своем составе инвалидов, предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства.

Статья 18. Воспитание и обучение детей-инвалидов

Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Детям-инвалидам дошкольного возраста предоставляются необходимые реабилитационные меры и создаются условия для пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа. Для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в детских дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения.

При невозможности осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях органы управления образованием и образовательные учреждения обеспечивают с согласия родителей обучение детей-инвалидов по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Порядок воспитания и обучение детей-инвалидов на дому, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели определяются законами и иными нормативными актами субъектов Российской Федерации и являются расходными обязательствами бюджетов субъектов Российской Федерации. (часть пятая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Воспитание и обучение детей-инвалидов в дошкольных и общеобразовательных учреждениях являются расходными обязательствами субъекта Российской Федерации. (часть шестая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 19. Образование инвалидов

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Общее образование инвалидов осуществляется с освобождением от оплаты как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях и регулируется законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Профессиональное образование инвалидов в образовательных учреждениях различных типов и уровней осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с федеральными государственными образовательными

стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов. (в ред. Федерального закона от 01.12.2007 № 309-ФЗ)

Организация образовательного процесса в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов регламентируется нормативными правовыми актами, организационно-методическими материалами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Обеспечение инвалидов с освобождением от оплаты или на льготных условиях специальными учебными пособиями и литературой, а также возможностью пользования услугами сурдопереводчиков является расходным обязательством субъекта Российской Федерации (за исключением обучающихся в федеральных государственных образовательных учреждениях). Для инвалидов, обучающихся в федеральных государственных образовательных учреждениях, обеспечение этих мероприятий является расходным обязательством Российской Федерации. (часть восьмая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 20. Обеспечение занятости инвалидов

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

2) установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;

3) резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;

4) стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;

5) создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

6) создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов;

7) организации обучения инвалидов новым профессиям.

Статья 21. Установление квоты для приема на работу инвалидов (в ред. Федерального закона от 29.12.2001 № 188-ФЗ)

Организациям, численность работников которых составляет более 100 человек, законодательством субъекта Российской Федерации устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 2 и не более 4 процентов). (часть первая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Общественные объединения инвалидов и образованные ими организации, в том числе хозяйственные товарищества и общества, уставный (складочный) капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов, освобождаются от обязательного квотирования рабочих мест для инвалидов.

Статья 22. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов - рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

Статья 23. Условия труда инвалидов

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

Не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени

отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней. (в ред. Федерального закона от 09.06.2001 № 74-ФЗ)

Статья 24. Права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов

Работодатели вправе запрашивать и получать информацию, необходимую при создании специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов. (в ред. Федерального закона от 23.10.2003 № 132-ФЗ)

Работодатели в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов обязаны: (в ред. Федерального закона от 23.10.2003 № 132-ФЗ)

1) создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов;

2) создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;

3) предоставлять в установленном порядке информацию, необходимую для организации занятости инвалидов.

Статья 27. Материальное обеспечение инвалидов

Материальное обеспечение инвалидов включает в себя денежные выплаты по различным основаниям (пенсии, пособия, страховые выплаты при страховании риска нарушения здоровья, выплаты в счет возмещения вреда, причиненного здоровью, и другие выплаты), компенсации в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Статья 28. Социально-бытовое обслуживание инвалидов

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, см. Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ.

Социально-бытовое обслуживание инвалидов осуществляется в порядке и на основаниях, определяемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации с участием общественных объединений инвалидов. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации 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. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся выплаты компенсационных выплат лицам, осуществляющим уход за инвалидом 1 группы, а также ребенком-инвалидом до 18 лет, см. Указ Президента РФ от 26.12.2006 № 1455.

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

Инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, тифло-, сурдо- и другими средствами, необходимыми им для социальной адаптации. (в ред. Федерального закона от 23.10.2003 № 132-ФЗ)

Техническое обслуживание и ремонт технических средств реабилитации инвалидов производятся вне очереди с освобождением от оплаты или на льготных условиях. (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Порядок предоставления услуг по техническому обслуживанию и ремонту технических средств реабилитации инвалидов определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. (часть восьмая введена Федеральным законом от 23.10.2003 № 132-ФЗ, в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

Пунктом 7 статьи 154 Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ установлено, что впредь до вступления в силу соответствующего федерального закона сумма ежемесячной денежной выплаты не учитывается при исчислении размера совокупного дохода семьи (одиноко проживающего гражданина) для оценки их нуждаемости при определении права на получение субсидии на оплату жилья и коммунальных услуг.

Статья 28.1. Ежемесячная денежная выплата инвалидам (введена Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004))

1. Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на ежемесячную денежную выплату в размере и порядке, установленных настоящей статьей.

КонсультантПлюс: примечание.

О порядке установления размеров ежемесячных денежных выплат гражданам, признанным в установленном порядке до 1 января 2010 года инвалидами, см. часть 4 статьи 37 Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ.

2. Ежемесячная денежная выплата устанавливается в размере:

- 1) инвалидам I группы - 2 162 рублей;
- 2) инвалидам II группы, детям-инвалидам - 1 544 рублей;
- 3) инвалидам III группы - 1 236 рублей. (часть вторая в ред. Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ)

3. Если гражданин одновременно имеет право на ежемесячную денежную выплату по настоящему Федеральному закону и по другому федеральному закону или иному нормативному правовому акту независимо от основания, по которому она устанавливается (за исключением случаев установления ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Российской Федерации «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (в редакции Закона Российской Федерации от 18 июня 1992 года № 3061-1), Федеральным законом от 10 января 2002 года № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне»), ему предоставляется одна ежемесячная денежная выплата либо по настоящему Федеральному закону, либо по другому федеральному закону или иному нормативному правовому акту по выбору гражданина.

4. Размер ежемесячной денежной выплаты подлежит индексации один раз в год с 1 апреля текущего года исходя из установленного федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и на плановый период прогнозного уровня инфляции.

(в ред. Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ)

5. Ежемесячная денежная выплата устанавливается и выплачивается территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации.

6. Ежемесячная денежная выплата осуществляется в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения и социального развития.

7. Часть суммы ежемесячной денежной выплаты может направляться на финансирование предоставления инвалиду социальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Статья 28.2. Обеспечение мер социальной поддержки инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, а также по обеспечению жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов. (введена Федеральным законом от 29.12.2004 № 199-ФЗ)

Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочия по предоставлению мер социальной поддержки инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг и по обеспечению жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий, вставших на учет до 1 января 2005 года.

Средства на реализацию передаваемых полномочий по предоставлению указанных мер социальной поддержки предусматриваются в составе Федерального фонда компенсаций, образованного в федеральном бюджете, в виде субвенций.

Объем средств, предусмотренный в Федеральном фонде компенсаций бюджетам субъектов Российской Федерации, определяется:

- по оплате жилищно-коммунальных услуг исходя из числа лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки; утвержденных Правительством Российской Федерации федерального стандарта предельной стоимости предоставляемых жилищно-коммунальных услуг на 1 квадратный метр общей площади жилья в месяц и федерального стандарта социальной нормы площади жилья, применяемых для расчета межбюджетных трансфертов;

- по обеспечению жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, исходя из числа лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки; общей площади жилья 18 квадратных метров и средней рыночной стоимости 1 квадратного метра общей площади жилья по субъекту Российской Федерации, устанавливаемой федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации.

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

Порядок расходования и учета средств на предоставление субвенций устанавливается Правительством Российской Федерации.

Форма предоставления указанных мер социальной поддержки определяется нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации ежеквартально представляют в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий выработку единой государственной финансовой, кредитной, денежной политики, отчет о расходовании предоставленных субвенций с указанием численности лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки, категорий получателей мер социальной поддержки, а в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий выработку единой государственной политики в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, - список лиц, которым предоставлены меры социальной поддержки, с указанием категорий получателей, основания получения мер социальной поддержки, размера занимаемой площади и стоимости предоставляемого или приобретаемого жилья. При необходимости дополнительные отчетные данные представляются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Средства на реализацию указанных полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

В случае использования средств не по целевому назначению уполномоченный федеральный орган исполнительной власти вправе осуществить взыскание указанных средств в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Контроль за расходованием средств осуществляется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Счетной палатой Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе наделять законами субъектов Российской Федерации органы местного самоуправления полномочиями по предоставлению мер социальной поддержки, указанных в части первой настоящей статьи.

(часть одиннадцатая введена Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Статья 31. Порядок сохранения мер социальной защиты, установленных инвалидам (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

В случаях, если другими правовыми актами для инвалидов предусмотрены нормы, повышающие по сравнению с настоящим Федеральным законом уровень социальной защиты инвалидов, применяются положения этих правовых актов. Если инвалид имеет право на одну и ту же меру социальной защиты по настоящему Федеральному закону и одновременно по другому правовому акту, мера социальной защиты предоставляется либо по настоящему Федеральному закону, либо по другому правовому акту (независимо от основания установления меры социальной защиты). (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 32. Ответственность за нарушение прав инвалидов. Рассмотрение споров

Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, рассматриваются в судебном порядке.

Глава V. Общественные объединения инвалидов

Статья 33. Право инвалидов на создание общественных объединений

Общественные объединения, созданные и действующие в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей, есть форма социальной защиты инвалидов. Государство оказывает указанным общественным объединениям содействие и помощь, в том числе материальную, техническую и финансовую. (в ред. Федерального закона от 04.01.1999 № 5-ФЗ)

Общественными организациями инвалидов признаются организации, созданные инвалидами и лицами, представляющими их интересы, в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей, решения задач общественной интеграции инвалидов, среди членов которых инвалиды и их законные представители (один из родителей, усыновителей, опекун или попечитель) составляют не менее 80 процентов, а также союзы (ассоциации) указанных организаций. (часть вторая введена Федеральным законом от 04.01.1999 № 5-ФЗ)

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности привлекают полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке.

В собственности общественных объединений инвалидов могут находиться предприятия, учреждения, организации, хозяйственные товарищества и общества, здания, сооружения, оборудование, транспорт, жилищный фонд, интеллектуальные ценности, денежные средства, паи, акции и ценные бумаги, а также любое иное имущество и земельные участки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4. Областной закон Ростовской области «О социальном обслуживании населения Ростовской области» №185-ЗС от 22.10.2004 г.

Предусматривает социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов. Социальное обслуживание несовершеннолетних и семей с несовершеннолетними детьми. Право на получение социальных услуг в учреждениях социального обслуживания семьи и детей имеют несовершеннолетние в возрасте от 3 до 18 лет. Социальное обслуживание дезадаптированных категорий граждан. Социальное обслуживание в учреждениях социального обслуживания, осуществляется бесплатно и за плату.

2.5. Постановление Администрации Ростовской области «Об областном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам» № 457 от 25.11.2004

I. Услуги, предоставляемые в стационарных учреждениях социального обслуживания

1.1. Социально-бытовые услуги:

1.1.1. Предоставление жилой площади, помещений для организации реабилитационных и лечебных мероприятий, лечебно-трудовой и учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания.

1.1.2. Предоставление в пользование мебели согласно утвержденным нормативам.

1.1.3. Предоставление мягкого инвентаря (одежды, обуви, нательного белья и постельных принадлежностей) согласно утвержденным нормативам.

1.1.4. Приготовление и подача пищи, включая диетическое питание.

1.1.5. Оказание социально-бытовых услуг индивидуально обслуживающего и гигиенического характера клиентам, неспособным по состоянию здоровья выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как встать с постели, лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять пищу, пить, пользоваться туалетом или судном, передвигаться по учреждению и вне его, ухаживать за зубами или челюстью, пользоваться очками или слуховыми аппаратами, стричь ногти, мужчинам – брить бороду и усы.

1.1.6. Оказание помощи в написании и прочтении писем.

1.1.7. Предоставление транспорта при необходимости перевоза клиентов в учреждения для лечения, обучения, участия в культурных мероприятиях, если по состоянию здоровья или условиям пребывания им противопоказано пользование общественным транспортом.

1.1.8. Организация ритуальных услуг (при отсутствии у умерших клиентов родственников или их нежелании заняться погребением).

1.1.9. Создание условий отправления религиозных обрядов.

1.1.10. Обеспечение сохранности вещей и ценностей, принадлежащих клиентам.

1.2. Социально-медицинские услуги:

1.2.1. Оказание или содействие в оказании клиентам медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, целевых и территориальных программ обязательного медицинского страхования в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.

1.2.2. Обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, в том числе оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание).

1.2.3. Содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

1.2.4. Содействие в проведении или проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов.

1.2.5. Оказание первичной медико-санитарной помощи.

1.2.6. Содействие в организации прохождения клиентами диспансеризации.

1.2.7. Госпитализация клиентов в лечебно-профилактические учреждения, содействие в направлении по заключению врачей на санаторно-курортное лечение (в том числе на льготных условиях).

1.2.8. Содействие в получении бесплатной зубопротезной (за исключением протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов), протезно-ортопедической и слухопротезной помощи.

1.2.9. Обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации.

1.2.10. Организация квалифицированного медицинского консультирования.

1.2.11. Помощь в медико-социальной адаптации и реабилитации.

1.2.12. Проведение первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки.

1.2.13. Организация медико-социального обследования.

1.2.14. Оказание первой доврачебной помощи.

1.2.15. Проведение процедур, связанных со здоровьем (прием лекарств, закапывание капель и др.).

1.2.16. Оказание помощи в выполнении физических упражнений.

1.2.17. Организация лечебно-оздоровительных мероприятий.

1.2.18. Организация лечебно-трудовой деятельности.

1.2.19. Проведение санитарно-просветительской работы для решения вопросов возрастной адаптации.

1.2.20. Формирование и организация работы «групп здоровья» по медицинским показаниям и возрастным особенностям клиентов.

1.2.21. Содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

1.2.22. Содействие в госпитализации, сопровождение нуждающихся в лечебно-профилактических учреждениях.

1.2.23. Проведение в соответствии с назначением лечащего врача медицинских процедур (подкожные и внутримышечные введения лекарственных препаратов, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней, раневых поверхностей, выполнение очистительных клизм, забор материалов для проведения лабораторных исследований, оказание помощи в пользовании катетерами и другими медицинскими изделиями) при наличии лицензии на медицинскую деятельность данного вида.

1.2.24. Наблюдение за состоянием здоровья (измерение температуры тела, артериального давления).

1.3. Социально-психологические услуги:

1.3.1. Социально-психологическое и психологическое консультирование.

1.3.2. Психологическая диагностика и обследование личности.

1.3.3. Психологическая коррекция.

1.3.4. Психотерапевтическая помощь.

1.3.5. Психологические тренинги.

1.3.6. Проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения.

1.3.7. Оказание психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности.

1.4. Социально-педагогические услуги:

1.4.1. Социально-педагогическое консультирование.

1.4.2. Социально-педагогическая диагностика и обследование личности.

1.4.3. Педагогическая коррекция.

1.4.4. Анимационные услуги (экскурсии, посещение театров, выставок, концерты художественной самодеятельности, праздники, юбилеи и другие культурные мероприятия), организация и проведение клубной и кружковой работы для формирования и развития интересов клиентов.

1.4.5. Содействие в получении образования инвалидами с учетом их физических возможностей и умственных способностей; создание условий для дошкольного воспитания детей и получения образования по специальным программам, создание условий для получения школьного образования по специальным программам, создание условий для получения инвалидами среднего специального и профессионального образования.

1.4.6. Услуги, связанные с социально-трудовой реабилитацией: создание условий для использования остаточных трудовых возможностей, участие в лечебно-трудовой деятельности, проведение мероприятий по обучению доступным профессиональным навыкам, восстановлению личностного и социального статуса.

1.4.7. Обучение инвалидов пользованию техническими средствами реабилитации.

1.4.8. Профессиональная реабилитация инвалидов, их профессиональное консультирование.

1.4.9. Содействие в получении образования и (или) профессии инвалидами в соответствии с их физическими возможностями и умственными способностями.

1.4.10. Обучение детей-инвалидов навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и другим формам жизнедеятельности.

1.4.11. Организация обучения детей и подростков по школьной программе.

1.5. Социально-экономические услуги:

1.5.1. Содействие в получении полагающихся льгот, пособий, компенсаций, алиментов и других выплат в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.5.2. Компенсация клиентам расходов, связанных с проездом к местам обучения, лечения, консультаций.

1.5.3. Обеспечение клиентов при выписке одеждой, обувью и денежным пособием по утвержденным нормативам.

1.5.4. Содействие в обеспечении протезами и протезно-ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, очками.

1.6. Социально-правовые услуги:

1.6.1. Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов.

1.6.2. Помощь в оформлении документов.

1.6.3. Оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением.

1.6.4. Оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат.

1.6.5. Обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов клиента.

1.6.6. Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством.

1.6.7. Содействие в сохранении занимаемых ранее по договору социального найма или аренды жилых помещений в домах государственного, муниципального и общественного жилищных фондов в течение 6 месяцев с момента поступления в стационарное учреждение социального обслуживания, а также во внеочередном обеспечении жилым помещением в случае отказа от услуг стационарного учреждения социального обслуживания по истечении указанного срока, если не может быть возвращено ранее занимаемое помещение.

1.6.8. Содействие в получении страхового медицинского полиса.

1.6.9. Консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, права детей, женщин, отцов, инвалидов, и др.).

II. Услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам отделениями социального обслуживания на дому

2.1. Социально-бытовые услуги:

2.1.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении ими предусмотренных законодательством Российской Федерации льгот и преимуществ в социально-бытовом обеспечении.

2.1.2. Оказание помощи в написании и прочтении писем.

2.1.3. Организация ритуальных услуг (при отсутствии у умерших клиентов родственников или их нежелании заняться погребением).

2.1.4. Покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов.

2.1.5. Содействие в приготовлении пищи.

2.1.6. Покупка и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости.

2.1.7. Доставка воды, топка печей, содействие в обеспечении топливом для проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения.

2.1.8. Сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка.

2.1.9. Содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений.

2.1.10. Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг.

2.1.11. Содействие в предоставлении услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению, в пределах района проживания.

2.1.12. Сопровождение вне дома, в том числе к врачу.

2.1.13. Создание условий отправления религиозных обрядов.

2.1.14. Содействие в направлении в стационарные учреждения.

2.2. Социально-медицинские услуги:

2.2.1. Оказание помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-медицинских услуг.

2.2.2. Оказание или содействие в оказании клиентам учреждений медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, целевых и территориальных программ обязательного медицинского страхования в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.

2.2.3. Содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

2.2.4. Содействие в проведении или проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов.

2.2.5. Содействие в получении бесплатной зубопротезной (за исключением протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов), протезно-ортопедической и слухопротезной помощи.

2.2.6. Обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации.

2.2.7. Оказание первой доврачебной помощи.

2.2.8. Организация лечебно-трудовой деятельности.

2.2.9. Консультирование по социально-медицинским вопросам (гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек и др.).

2.2.10. Проведение санитарно-просветительной работы для решения вопросов возрастной адаптации.

2.2.11. Содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

2.2.12. Содействие в госпитализации, сопровождение нуждающихся в лечебно-профилактические учреждения.

2.2.13. Оказание экстренной доврачебной помощи, вызов врача на дом, сопровождение обслуживаемых граждан в учреждения органов здравоохранения и посещение их в этих учреждениях в случае госпитализации.

2.3. Социально-психологические услуги:

2.3.1. Социально-психологический патронаж.

2.3.2. Оказание психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса клиентов, обслуживаемых на дому.

2.4. Социально-экономические услуги:

2.4.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении полагающихся льгот, пособий, компенсаций, алиментов и других выплат, улучшении жилищных условий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4.2. Содействие в обеспечении протезами и протезно-ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, очками.

2.4.3. Содействие в решении вопросов занятости: поиске работы на дому.

2.5. Социально-правовые услуги:

2.5.1. Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов.

2.5.2. Оказание помощи в подготовке и подаче жалоб на действия или бездействие социальных служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права граждан.

2.5.3. Помощь в оформлении документов.

2.5.4. Оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением.

2.5.5. Оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат.

2.5.6. Обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов.

2.5.7. Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством.

2.5.8. Содействие в привлечении к уголовной ответственности виновных в физическом и психическом насилии, совершенном в семье над престарелыми людьми и инвалидами.

2.5.9. Содействие в получении страхового медицинского полиса.

2.5.10. Консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, права детей, женщин, отцов, инвалидов и др.).

2.5.11. Оказание юридической помощи в оформлении документов для трудоустройства, получения паспорта и других документов, имеющих юридическое значение.

2.5.12. Получение по доверенности пенсий, пособий, других социальных выплат.

III. Услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам специализированными отделениями социально-медицинского обслуживания на дому

3.1. Социально-бытовые услуги:

3.1.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении ими предусмотренных законодательством Российской Федерации льгот и преимуществ в социально-бытовом обеспечении.

3.1.2. Оказание помощи в написании и прочтении писем.

3.1.3. Организация ритуальных услуг (при отсутствии у умерших клиентов родственников или их нежелании заняться погребением).

3.1.4. Покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов.

3.1.5. Содействие в приготовлении пищи.

3.1.6. Покупка и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости.

3.1.7. Помощь в уходе за детьми, другими нетрудоспособными или тяжело и длительно болеющими членами семьи.

3.1.8. Доставка воды, топка печей, содействие в обеспечении топливом для проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения.

3.1.9. Сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка.

3.1.10. Содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений.

3.1.11. Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг.

3.1.12. Содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению, в пределах района проживания.

3.1.13. Сопровождение вне дома, в том числе к врачу.

3.1.14. Создание условий отправления религиозных обрядов.

3.1.15. Содействие в направлении в стационарные учреждения.

3.2. Социально-медицинские услуги:

3.2.1. Оказание помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-медицинских услуг.

3.2.2. Оказание или содействие в оказании клиентам учреждений медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, целевых и территориальных программ обязательного медицинского страхования в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.

3.2.3. Обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, в том числе оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание).

3.2.4. Содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

3.2.5. Содействие в проведении или проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов.

3.2.6. Содействие в получении бесплатной зубопротезной (за исключением протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов), протезно-ортопедической и слухопроветной помощи.

3.2.7. Обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации.

3.2.8. Организация квалифицированного медицинского консультирования.

- 3.2.9. Оказание первой доврачебной помощи.
- 3.2.10. Проведение процедур, связанных со здоровьем (прием лекарств, закапывание капель и др.).
- 3.2.11. Оказание помощи в выполнении физических упражнений.
- 3.2.12. Консультирование по социально-медицинским вопросам (гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек и др.).
- 3.2.13. Проведение санитарно-просветительной работы для решения вопросов возрастной адаптации.
- 3.2.14. Содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.
- 3.2.15. Содействие в госпитализации, сопровождение нуждающихся в лечебно-профилактических учреждениях.
- 3.2.16. Обучение родственников больных практическим навыкам общего ухода за ними.
- 3.2.17. Оказание экстренной доврачебной помощи, вызов врача на дом, сопровождение обслуживаемых граждан в учреждения органов здравоохранения и посещение их в этих учреждениях в случае госпитализации.
- 3.2.18. Проведение в соответствии с назначением лечащего врача медицинских процедур (подкожные и внутримышечные введения лекарственных препаратов, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней, раневых поверхностей, выполнение очистительных клизм, забор материалов для проведения лабораторных исследований, оказание помощи в пользовании катетерами и другими медицинскими изделиями) при наличии лицензии на медицинскую деятельность данного вида.
- 3.2.19. Обучение членов семьи основам медико-психологических и социально-медицинских знаний для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях.
- 3.2.20. Наблюдение за состоянием здоровья (измерение температуры тела, артериального давления).
- 3.3. *Социально-психологические услуги:*
- 3.3.1. Социально-психологический патронаж.
- 3.3.2. Оказание психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса клиентов, обслуживаемых на дому.
- 3.4. *Социально-экономические услуги:*
- 3.4.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении полагающихся льгот, пособий, компенсаций, алиментов и других выплат, улучшении жилищных условий в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 3.4.2. Содействие в обеспечении протезами и протезно-ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, очками.
- 3.5. *Социально-правовые услуги:*
- 3.5.1. Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов.
- 3.5.2. Оказание помощи в подготовке и подаче жалоб на действия или бездействие социальных служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права граждан.
- 3.5.3. Помощь в оформлении документов.
- 3.5.4. Оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением.
- 3.5.5. Оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат.
- 3.5.6. Обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов.
- 3.5.7. Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством.
- 3.5.8. Содействие в привлечении к уголовной ответственности виновных в физическом и психическом насилии, совершаемом в семье над престарелыми людьми и инвалидами.
- 3.5.9. Содействие в получении страхового медицинского полиса.

3.5.10. Консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, права детей, женщин, отцов, инвалидов и др.).

3.5.11. Оказание юридической помощи в оформлении документов для трудоустройства, получении паспорта и других документов, имеющих юридическое значение.

3.5.12. Получение по доверенности пенсий, пособий, других социальных выплат.

IV. Услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам в полустационарных условиях (отделениями дневного пребывания)

4.1. Социально-бытовые услуги:

4.1.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении ими предусмотренных законодательством Российской Федерации льгот и преимуществ в социально-бытовом обеспечении.

4.1.2. Предоставление клиентам помещений для организации реабилитационных и лечебных мероприятий, лечебно-трудовой деятельности, культурного и бытового обслуживания.

4.1.3. Предоставление клиентам в пользование мебели согласно утвержденным нормативам.

4.1.4. Содействие в приготовлении пищи.

4.1.5. Создание условий отправления религиозных обрядов.

4.2. Социально-медицинские услуги:

4.2.1. Оказание помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-медицинских услуг.

4.2.2. Оказание первой доврачебной помощи.

4.2.3. Оказание помощи в выполнении физических упражнений.

4.2.4. Организация лечебно-оздоровительных мероприятий.

4.2.5. Организация лечебно-трудовой деятельности.

4.2.6. Консультирование по социально-медицинским вопросам (гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек и др.).

4.2.7. Проведение санитарно-просветительной работы для решения вопросов возрастной адаптации.

4.2.8. Формирование и организация работы «групп здоровья» по медицинским показаниям и возрастным особенностям граждан.

4.2.9. Наблюдение за состоянием здоровья (измерение температуры тела, артериального давления).

4.3. Социально-психологические услуги:

4.3.1. Социально-психологический патронаж.

4.3.2. Проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения.

4.4. Социально-педагогические услуги:

4.4.1. Анимационные услуги (экскурсии, посещения театров, выставок, концерты художественной самодеятельности, праздники, юбилеи и другие культурные мероприятия). Организация и проведение клубной и кружковой работы для формирования и развития интересов клиентов.

4.5. Социально-экономические услуги:

4.5.1. Содействие в обеспечении протезами и протезно-ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, очками.

4.6. Социально-правовые услуги:

4.6.1. Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов.

4.6.2. Помощь в оформлении документов.

4.6.3. Оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением.

4.6.4. Оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат.

4.6.5. Содействие в привлечении к уголовной ответственности виновных в физическом и психическом насилии, совершенном в семье над престарелыми людьми и инвалидами.

V. Услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам в полустационарных условиях (временное проживание) социально-реабилитационными отделениями

5.1. Социально-бытовые услуги:

5.1.1. Предоставление клиентам жилой площади, помещений для организации реабилитационных и лечебных мероприятий, лечебно-трудовой и учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания.

5.1.2. Предоставление клиентам в пользование мебели согласно утвержденным нормативам.

5.1.3. Приготовление и подача пищи клиентам, включая диетическое питание.

5.1.4. Предоставление мягкого инвентаря (постельных принадлежностей) согласно утвержденным нормативам.

5.1.5. Оказание помощи в написании и прочтении писем.

5.1.6. Предоставление транспорта при необходимости перевоза клиентов в учреждения для лечения, обучения, участия в культурных мероприятиях, если по состоянию здоровья или условиям пребывания им противопоказано пользование общественным транспортом.

5.1.7. Организация ритуальных услуг (при отсутствии у умерших клиентов родственников или их нежелании заняться погребением).

5.1.8. Создание условий для отправления религиозных обрядов.

5.1.9. Обеспечение сохранности вещей и ценностей, принадлежащих клиенту.

5.1.10. Содействие в направлении в стационарные учреждения.

5.2. Социально-медицинские услуги:

5.2.1. Оказание помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-медицинских услуг.

5.2.2. Оказание или содействие в оказании клиентам учреждений медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, целевых и территориальных программ обязательного медицинского страхования в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.

5.2.3. Обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, в том числе оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание).

5.2.4. Содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

5.2.5. Содействие в проведении или проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов.

5.2.6. Содействие в организации прохождения клиентами диспансеризации.

5.2.7. Содействие в получении бесплатной зубопротезной (за исключением протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов), протезно-ортопедической и слухопротезной помощи.

5.2.8. Обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации.

5.2.9. Помощь в медико-социальной адаптации и реабилитации.

5.2.10. Оказание первой доврачебной помощи.

5.2.11. Проведение процедур, связанных со здоровьем (прием лекарств, закапывание капель и др.).

5.2.12. Оказание помощи в выполнении физических упражнений.

5.2.13. Организация лечебно-оздоровительных мероприятий.

5.2.14. Организация лечебно-трудовой деятельности.

5.2.15. Консультирование по социально-медицинским вопросам (гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек и др.).

5.2.16. Проведение санитарно-просветительной работы для решения вопросов возрастной адаптации.

5.2.17. Формирование и организация работы «групп здоровья» по медицинским показаниям и возрастным особенностям граждан.

5.2.18. Содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

5.2.19. Содействие в госпитализации, сопровождение нуждающихся в лечебно-профилактических учреждениях.

5.2.20. Оказание экстренной доврачебной помощи, сопровождение обслуживаемых граждан в учреждения органов здравоохранения и посещение их в этих учреждениях в случае госпитализации.

5.2.21. Проведение в соответствии с назначением лечащего врача медицинских процедур (подкожные и внутримышечные введения лекарственных препаратов, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней, раневых поверхностей, выполнение очистительных клизм, забор материалов для проведения лабораторных исследований, оказание помощи в пользовании катетерами и другими медицинскими изделиями) при наличии лицензии на медицинскую деятельность данного вида.

5.2.22. Наблюдение за состоянием здоровья (измерение температуры тела, артериального давления).

5.3. Социально-психологические услуги:

5.3.1. Социально-психологическое и психологическое консультирование.

5.3.2. Психологическая диагностика и обследование личности.

5.3.3. Психологическая коррекция.

5.3.4. Социально-психологический патронаж.

5.3.5. Проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения.

5.4. Социально-педагогические услуги:

5.4.1. Анимационные услуги (экскурсии, посещения театров, выставок, концерты художественной самодеятельности, праздники, юбилеи и другие культурные мероприятия). Организация и проведение клубной и кружковой работы для формирования и развития интересов клиентов.

5.5. Социально-экономические услуги:

5.5.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении полагающихся льгот, пособий, компенсаций, алиментов и других выплат, улучшении жилищных условий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5.2. Содействие в обеспечении протезами и протезно-ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, очками.

5.6. Социально-правовые услуги:

5.6.1. Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов.

5.6.2. Оказание помощи в подготовке и подаче жалоб на действия или бездействие социальных служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права граждан.

5.6.3. Помощь в оформлении документов.

5.6.4. Оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением.

5.6.5. Оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат.

5.6.6. Обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов.

5.6.7. Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством.

5.6.8. Содействие в привлечении к уголовной ответственности виновных в физическом и психическом насилии, совершенном в семье над детьми, женщинами, престарелыми людьми и инвалидами.

5.6.9. Содействие в получении страхового медицинского полиса.

5.6.10. Консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство и др.).

5.6.11. Оказание юридической помощи в оформлении документов для трудоустройства, получения паспорта и других документов, имеющих юридическое значение.

5.6.12. Получение по доверенности пенсий, пособий, других социальных выплат.

VI. Услуги, предоставляемые гражданам, остро нуждающимся в социальной поддержке, отделениями срочного социального обслуживания

6.1. Социально-медицинские услуги:

6.1.1. Организация экстренной медико-психологической помощи.

6.2. Социально-психологические услуги:

6.2.1. Социально-психологическое и психологическое консультирование.

6.2.2. Психологическая диагностика и обследование личности.

6.2.3. Экстренная психологическая (в том числе по телефону) и медико-психологическая помощь.

6.3. Социально-экономические услуги:

6.3.1. Содействие гражданам пожилого возраста и инвалидам в получении полагающихся льгот, пособий, компенсаций, алиментов и других выплат, улучшении жилищных условий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. Социально-правовые услуги:

6.4.1. Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов.

6.4.2. Оказание помощи в подготовке и подаче жалоб на действия или бездействие социальных служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права граждан.

6.4.3. Помощь в оформлении документов.

6.4.4. Оказание помощи в вопросах, связанных с пенсионным обеспечением.

6.4.5. Оказание юридической помощи и содействие в получении установленных законодательством льгот и преимуществ, социальных выплат.

6.4.6. Обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов.

6.4.7. Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством.

6.4.8. Содействие в привлечении к уголовной ответственности виновных в физическом и психическом насилии, совершенном в семье над детьми, женщинами, престарелыми людьми и инвалидами.

6.4.9. Содействие в получении страхового медицинского полиса.

6.4.10. Консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, права детей, женщин, отцов, инвалидов и др.).

6.4.11. Оказание юридической помощи в оформлении документов для трудоустройства, получении паспорта и других документов, имеющих юридическое значение.

Все перечисленные услуги предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам государственным областным учреждением «Комплексный центр социального обслуживания населения».

На социальное обслуживание зачисляются граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельного удовлетворения основных жизненных потребностей вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению (далее - граждане).

Правом внеочередного принятия на обслуживание пользуются инвалиды и участники Великой Отечественной войны, а также инвалиды боевых действий на территории других государств.

Социальное обслуживание граждан может осуществляться на постоянной или временной (на срок до 6 месяцев) основе. Срочное социальное обслуживание осуществляется на одноразовой и (или) краткосрочной основах.

2.6. Новое в законодательстве о льготах

С 1 января 2010 года вступает в силу Областной закон «Об организации приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов в Ростовской области»

Данным законом предусматривается организации органами соцзащиты населения приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов, устанавливается раз-

мер ежемесячного денежного вознаграждения, причитающегося лицу, изъявившему желание организовать приемную семью. **Денежное вознаграждение** будет выплачиваться в размере **1117 рублей**.

Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Закон принят Государственной Думой РФ 05.08.2004 г., одобрен Советом Федерации РФ 08.08.2004 г., подписан Президентом РФ 22.08.2004 г.

Основной целью закона было установление системы социальной защиты граждан, имеющих право на льготы и социальные гарантии, путем предоставления денежных компенсаций на основе разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

На основании этого закона внесены изменения более чем в 150 законов.

Статья 153 закона № 122-ФЗ закрепляет положение о недопустимости снижения уровня социальной защищенности граждан.

Первый пункт этой статьи подтверждает обязательства государства, которые возникли у него перед теми или иными категориями граждан, в том числе и льготниками, по состоянию на 1 января 2005 года. **Это означает, что граждане, имеющие право на получение каких-либо льгот до принятия данного Федерального закона, сохраняют свои права на их получение.**

Пункт второй данной статьи содержит положение о недопустимости снижения размеров и условий оплаты труда (включая надбавки и доплаты), условий выплаты пособий (в том числе единовременных) и иных видов социальных выплат, осуществляемых в денежной форме, а также положение о том, что совокупный объем финансирования соответствующих льгот и выплат не может быть уменьшен, а условия их предоставления ухудшены по сравнению с действующими.

Изменения, внесенные в ряд Федеральных Законов, регулирующие социальные гарантии и льготы, предоставляемые инвалидам:

(ст. 35 и 63 закона № 122-ФЗ)

Из Основ законодательства об охране здоровья исключены нормы, которые закрепляли за инвалидами, в том числе детьми-инвалидами и инвалидами с детства, право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также право на бесплатную медико-социальную помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, на уход на дому, а в случае неспособности удовлетворять основные жизненные потребности - на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения.

В Федеральном законе РФ от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» практически сводятся к замене денежными компенсациями следующие льготы, предоставляемые инвалидам ранее (или эти расходы не возмещаются из федерального бюджета):

- бесплатный проезд городским транспортом;
- 50% льгота по оплате телефона и радиоточки;
- сезонная 50% скидка на проезд междугородным транспортом и 50% скидка на проезд 1 раз в год в другое время года (т.е. за пределами сезона);
- бесплатное обеспечение спецавтотранспортом по медицинским показаниям;
- выплата компенсации за эксплуатацию специальных транспортных средств.

Инвалиды I, II группы ограничения к трудовой деятельности и дети-инвалиды утрачивают также льготу по бесплатному проезду сопровождающего лица на городском транспорте и 50%-ную скидку на проезд сопровождающего лица на междугородном транспорте.

С 1 апреля 2009 года инвалиды и дети-инвалиды имеют право на ежемесячные денежные выплаты с учетом «социального пакета», в следующих размерах:

- инвалиды III степени ограничения к трудовой деятельности – **2162** руб.;
- инвалиды II степени ограничения к трудовой деятельности и дети-инвалиды – **1544** руб.;
- инвалиды I степени ограничения к трудовой деятельности – **1236** руб.;
- инвалиды, не имеющие степени ограничения способности к трудовой деятельности, за исключением детей-инвалидов – **772** руб.

На основании п.6 ст. 154 закона № 122-ФЗ ежемесячные денежные выплаты устанавливаются без дополнительного переосвидетельствования лицам, имеющим I, II и III группы инвалидности (установленные до 1 января 2005 года), и лицам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III, II, и I степени.

Установление порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому, в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, а также размеры компенсаций затрат родителей на эти цели отнесены к компетенции субъектов Российской Федерации и на расходные статьи их бюджетов.

Изменено регулирование занятости инвалидов. Государство отказалось от осуществления льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, предприятий, учреждений, организаций общественных объединений инвалидов.

Вместе с тем в Ростовской области принят областной закон **«О квотировании рабочих мест для инвалидов в Ростовской области»** согласно которому работодателям, осуществляющим деятельность на территории Ростовской области, у которых среднесписочная численность работников составляет более 100 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в размере 4 процентов от среднесписочной численности работников.

Размер установленной квоты для приема на работу инвалидов включает количество рабочих мест, на которых работают ранее принятые инвалиды.

Индексация выплат

Принятый Федеральный закон предусматривает, что льготные выплаты будут индексироваться в соответствии с инфляцией так же, как индексируется базовая часть пенсии.

В соответствии с Федеральным законом от 17 декабря 2001 года № 173 Ф–ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» размер базовой части трудовой пенсии индексируется с учетом темпов роста инфляции в пределах средств, предусмотренных на эти цели в федеральном бюджете и бюджете Пенсионного фонда Российской Федерации на соответствующий финансовый год.

Коэффициент индексации и ее периодичность определяются Правительством Российской Федерации.

Изменения в Федеральный закон от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в ред. 28.04.09 № 72-ФЗ)

Перечень этих изменений содержится в главе 2 - «Государственная социальная помощь, оказываемая в виде предоставления гражданам набора социальных услуг». В статье **6.2** определен набор социальных услуг:

В состав набора социальных услуг теперь включаются:

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

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

Общая стоимость ежемесячного «социального пакета» - **641 руб. в месяц:**

- оплата проездного билета в пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения, и обратно - **71 руб.**
- лекарства и санаторно-курортное лечение - **570 руб.**

Установлено, что гражданин, имеющий право на получение социальных услуг в соответствии с настоящим Федеральным законом, может сделать выбор – получать компенсацию в денежной либо в натуральной форме. Если предпочтение будет отдано получению одной или нескольких услуг в натуральной форме, то сумма компенсации соответственно будет вычтена из общей стоимости «пакета».

Право на получение государственной помощи в виде пакета социальных услуг имеют в том числе:

- инвалиды;
- дети-инвалиды;

С 1 января 2010 года вступают в силу изменения, внесенные в Федеральный закон **«О государственной социальной помощи»**, согласно которым вводится новое понятие- социальная доплата к пенсии. Социальная доплата к пенсии - предоставление гражданину (пенсионеру) денежной суммы к пенсии с учетом денежных выплат и отдельных мер социальной поддержки, предоставляемых в натуральной форме, до величины прожиточного минимума пенсионера.

Это означает, что если ваша пенсия ниже величины прожиточного минимума (на 2010 год она составляет 4531 руб. в месяц), вам за счет средств федерального бюджета будет выплачиваться доплата до указанной величины.

Изменения в Федеральный закон от 10 декабря 1995 года № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»

Предусматривает материальную помощь гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания, средств санитарии и гигиены, средств ухода за детьми, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, топлива, а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе.

Социальное обслуживание на дому.

3. Основы законодательства об охране здоровья граждан

Согласно **статье 1 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»** от 22 июля 1993 года № 5487-1 под охраной здоровья населения понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Право на охрану здоровья является одним из основных конституционных прав граждан. В главе 2 Конституции Российской Федерации, посвященной правам и свободам человека и гражданина, ему отведена отдельная норма - **статья 41**. Эта статья закрепляет право на охрану здоровья и медицинскую помощь за каждым. Это право корреспондирует с обязанностью государства охранять здоровье людей (часть 2 ст. 7 Конституции РФ). Государственный контроль охраны здоровья раскрывает социальный характер государства.

Такая помощь гражданам гарантируется государством и оказывается при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях, включая профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Статья 20 данного Федерального закона гарантирует всем гражданам медико-социальную помощь. Понятие «медико-социальная помощь» включает в себя медицинскую помощь, оказываемую в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и меры социальной защиты.

В соответствии с отраслевым классификатором, введенным в действие Приказом Минздрава России от 10 апреля 2001 года № 113, под медицинской помощью понимает-

ся комплекс мероприятий, включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение и другие, направленные на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

Приказом Минздрава России от 20 декабря 2000 года № 445/77 «О порядке приема больных учреждениями здравоохранения федерального подчинения» руководителям учреждений здравоохранения федерального подчинения предписано принять к руководству и исполнению Положение о порядке приема больных в клиники учреждений здравоохранения федерального подчинения. Оказание медицинской помощи за счет средств федерального бюджета осуществляется:

- больным, направленным органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в порядке и в счет квот, утвержденных приказом Минздрава России и Российской академии медицинских наук;

- больным, направленным Минздравом России в счет его резерва сверх территориальных квот;

- больным, нуждающимся в экстренной (неотложной) медицинской помощи;

- больным с заболеваниями, соответствующими тематике планов научно-исследовательских работ, утвержденных Минздравом России или Российской академией медицинских наук;

- больным, отнесенным к категориям граждан, которым действующей нормативной правовой базой Российской Федерации определены льготы (за счет квот, утвержденных приказом Минздрава России и Российской академии медицинских наук).

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются законодательством Российской Федерации о областном законодательством.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьями 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 20.1 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» предусматривает государственные гарантии оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, закрепляемые в программах, принимаемых на каждый год. В рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная, в том числе неотложная, медицинская помощь;

- скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, 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, по предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических, больничных учреждениях и других

медицинских организациях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь гражданам предоставляется:

- скорой медицинской помощью;
- амбулаторно-поликлиническими учреждениями и дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);
- больничными учреждениями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также обеспечение детей-инвалидов специализированными продуктами питания.

Перечисленные выше виды медицинской помощи предоставляются при определенных группах заболеваний и состояний, указанных ниже, с соблюдением условий оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий:

Группы заболеваний и состояний: инфекционные, паразитарные болезни; болезни, передаваемые половым путем, туберкулез, СПИД, Новообразования, болезни эндокринной системы, болезни крови; психические расстройства; наркологические заболевания; болезни нервной системы; болезни глаз; болезни уха, горла, носа; заболевания зубов; болезни мочеполовой системы; болезни женских половых органов; беременность, роды, болезни кожи; болезни костно-мышечной системы; врожденные аномалии; травмы; ожоги; состояния, возникающие у детей в перинатальном периоде; отравления.

Согласно статье 22 «Основ...» одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Согласно статье 30 «Основ...» при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

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

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

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

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

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

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему 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.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой в письменной форме непосредственно к руководителю лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, если руководитель лечебного учреждения не принимает каких либо мер, Вам необходимо проконсультировавшись с юристом о том как правильно составить исковое заявление, обратиться в суд.

Статья 41 «Основ...» гарантирует медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года №N 715 был утвержден Перечень социально значимых заболеваний. В соответствии с указанным Перечнем к социально значимым заболеваниям относятся:

- туберкулез;
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- гепатиты В и С;
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- злокачественные новообразования;
- сахарный диабет;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2006 года № 1706-р была утверждена Концепция Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 года)». В ее состав вошла подпрограмма «Сахарный диабет».

Меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

С января 2010 года в Ростовской области начала действовать Областная долгосрочная целевая Программа «Развитие здравоохранения Ростовской области на 2010-2012 годы». Эта Программа содержит Подпрограмму «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», которой предусматривается направление «Мероприятия по борьбе с сахарным диабетом». Целью направления подпрограммы является профилактика, ранняя диагностика, своевременное лечение и реабилитация больных сахарным диабетом.

Подпрограммой предусматривается:

- проведение мониторинга сахарного диабета и его осложнений;
- внедрение методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных сахарным диабетом на основе передовых технологий;
- обеспечение больных сахарным диабетом лекарственными средствами, средствами самоконтроля и иглами;
- разработка и внедрение обучающих программ для больных сахарным диабетом по вопросам профилактики и лечения сахарного диабета.

Направление подпрограммы реализуется в 2010-2012 годах.

Направление подпрограммы предусматривает закупку и обеспечение лекарственными препаратами больных сахарным диабетом. Перечень лекарственных препаратов формируется в соответствии с перечнем основных жизненно необходимых препаратов и предусматривает обеспечение больных инсулинами и их аналогами, сахароснижающими препаратами, т.е. предусматривается лечение как I типа - инсулинозависимого сахарного диабета, так и инсулинонезависимого сахарного диабета II типа.

Далее по тексту приводим основные положения федерального закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 27.02.2003 № 29-ФЗ, от 30.06.2003 № 86-ФЗ, от 29.06.2004 № 58-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004), от 01.12.2004 № 151-ФЗ, от 07.03.2005 № 15-ФЗ, от 21.12.2005 № 170-ФЗ, от 31.12.2005 № 199-ФЗ, от 02.02.2006 № 23-ФЗ, от 29.12.2006 № 258-ФЗ (ред. 18.10.2007), от 24.07.2007 № 214-ФЗ, от 18.10.2007 № 230-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ, от 08.11.2008 № 203-ФЗ, от 25.12.2008 № 281-ФЗ, от 30.12.2008 № 309-ФЗ, от 24.07.2009 № 213-ФЗ, от 25.11.2009 № 267-ФЗ, от 27.12.2009 № 365-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 № 2288), касающихся прав граждан на охрану здоровья:

Раздел IV. Права граждан в области охраны здоровья

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. (в ред. Федерального закона от 30.12.2008 № 309-ФЗ)

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья

Иностранным гражданам, находящимся на территории Российской Федерации, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации. (часть третья в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Порядок оказания медицинской помощи лицам без гражданства и беженцам устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации. (часть четвертая введена Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями через средства массовой информации или непосредственно гражданам.. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 19.1. Оказание первой помощи (введена Федеральным законом от 25.11.2009 № 267-ФЗ)

Первая помощь оказывается гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами).

Примерные программы учебного курса, предмета, дисциплины по оказанию первой помощи, а также перечень мероприятий по оказанию первой помощи разрабатываются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся порядка приема больных учреждениями здравоохранения федерального подчинения, см. Приказ Минздрава РФ от 20.12.2000 № 445/77.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. (в ред. Федеральных законов от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 утверждены Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств пред-

приятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Граждане имеют право на пособие по временной нетрудоспособности при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их, в случае карантина ребенка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение, или другого члена семьи, признанного в установленном порядке недееспособным, в соответствии с федеральным законом. (часть девятая в ред. Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ).

Статья 20.1. Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ)

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь. (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ).

В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматриваются условия оказания медицинской помощи, критерии качества и доступности медицинской помощи. (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Правительство Российской Федерации утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и рассматривает доклад о ее реализации, ежегодно представляемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. (часть третья в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования. (в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи.

Раздел V. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья

Статья 22. Права семьи

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачным отношениям, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор врача общей практики (семейного врача), который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на меры социальной поддержки в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. (часть пятая в ред. Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся условий и продолжительности выплаты пособия по временной нетрудоспособности при необходимости осуществления ухода за больным членом семьи, см. статью 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ.

При необходимости осуществления ухода за больным членом семьи выплачивается пособие по временной нетрудоспособности в соответствии с федеральным законом. (часть шестая в ред. Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ)

Статья 23. Права беременных женщин и матерей

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации. (часть пятая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 24. Права несовершеннолетних

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, и на условиях, определяемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации; (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации; (п. 4 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях си-

стемы социальной защиты в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Раздел VI. Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

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

2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

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

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

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

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

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

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему 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.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд. (в ред. Федерального закона от 10.01.2003 № 15-ФЗ)

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

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

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информа-

ция должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

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

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

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

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

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей. (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

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

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

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц. (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

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

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

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

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

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

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

Раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам

Статья 37.1. Виды медицинской помощи (введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ (ред. 18.10.2007))

Медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях).

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

Стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Статья 37.2. Финансовое обеспечение медицинской помощи и деятельности медицинских организаций (введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ)

Оказание медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение деятельности федеральных организаций здравоохранения является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение деятельности организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования.

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь (в ред. Федерального закона от 29.12.2006 № 258-ФЗ)

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейны-

ми врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Обеспечение первичной медико-санитарной помощью работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, утвержденный в соответствии с пунктом 27 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению работников организаций отдельных отраслей промышленности. (часть вторая в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Обеспечение первичной медико-санитарной помощью населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в перечень территорий, утвержденный в соответствии с пунктом 28 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий. (часть третья введена Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи. (часть четвертая введена Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Статья 39. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками. (в ред. Федерального закона от 25.11.2009 № 267-ФЗ)

Скорая медицинская помощь оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно. (часть вторая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. (часть третья в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной) гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования. (часть четвертая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Обеспечение скорой медицинской помощью работников организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, утвержденный в соответствии с пунктом 27 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению работников организаций отдельных отраслей промышленности. (часть пятая в ред. Федерального закона от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Обеспечение скорой медицинской помощью населения закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в перечень территорий, утвержденный в соответствии с пунктом 28 статьи 5 настоящих Основ, осуществляется в медицинских учреждениях, подведом-

ственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий. (часть шестая введена Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ)

Статья 40. Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений. (часть вторая в ред. Федерального закона от 29.12.2006 № 258-ФЗ)

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти) в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 29.12.2006 № 258-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством Российской Федерации. (часть пятая введена Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ; в ред. Федеральных законов от 29.12.2006 № 258-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях является расходным обязательством Российской Федерации. (часть шестая введена Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.

Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 № 280 утверждена федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)».

Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. (в ред. Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации. (часть третья в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти), в соответствии с настоящими Основами законодательства является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей. (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте. (в ред. Федеральных законов от 27.02.2003 № 29-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о рекламе. (часть девятая введена Федеральным законом от 02.03.1998 № 30-ФЗ)

Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами

Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, и федеральным органом исполнительной власти по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия человека. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Часть вторая утратила силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ.

Статья 46. Определение момента смерти человека

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются федеральным органом исполнительной

власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 48. Проведение патолого-анатомических вскрытий

Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патолого-анатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патолого-анатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Раздел IX. Медицинская экспертиза

Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

В отдельных случаях по решению органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения экспертиза временной нетрудоспособности граждан в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения может быть поручена работнику со средним медицинским образованием. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 50. Медико-социальная экспертиза (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Медико-социальная экспертиза производится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Раздел X. Права и социальная поддержка медицинских работников

Статья 58. Лечащий врач

Лечащий врач - это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации, а также врач, занимающийся частной практикой. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней.

Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004))

Статья 61. Врачебная тайна

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

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

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

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

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

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

3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; (в ред. Федерального закона от 24.07.2007 № 214-ФЗ)

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей; (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ)

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

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. (п. 6 введен Федеральным законом от 21.12.2005 № 170-ФЗ, в ред. Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ)

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Раздел XII. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан

Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан

В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Ответственность за вред здоровью граждан, причиненный несовершеннолетним или лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным, наступает в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный здоровью граждан в результате загрязнения окружающей среды, возмещается государством, юридическим или физическим лицом, причинившим вред, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 30.12.2008 № 309-ФЗ)

Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий

Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждений частной системы здравоохранения, если лечение проводилось в учреждениях частной системы здравоохранения.

Лица, совместно причинившие вред здоровью граждан, несут солидарную ответственность по возмещению ущерба.

При причинении вреда здоровью граждан несовершеннолетними возмещение ущерба осуществляют их родители или лица, их заменяющие, а в случае причинения вреда здоровью граждан лицами, признанными в установленном законом порядке недееспособными, возмещение ущерба осуществляется за счет государства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Подлежащий возмещению ущерб определяется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи 66 настоящих Основ.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

4. Основы законодательства о государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи и об обязательном медицинском страховании.

4.1. Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области

**Постановление Администрации Ростовской области
«О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год» № 154 от 6 апреля 2009 г.**

(в ред. Постановления Администрации РО от 13.11.2009 № 603)

В соответствии с пунктом 5 статьи 6 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1, Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год», статьей 6 Областного закона от 22.10.2004 № 179-ЗС «Об охране здоровья жителей Ростовской области» постановляю:

1. Утвердить территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год согласно приложению.

2. Министерству здравоохранения области (Быковская Т.Ю.), Ростовскому областному фонду обязательного медицинского страхования (Пузиков В.П.) в двухнедельный срок со дня принятия настоящего постановления довести до сведения руководителей муниципальных органов управления здравоохранением (а в случае их отсутствия - главных врачей центральных районных (городских) больниц), лечебно-профилактических учреждений областного подчинения задания по предоставлению медицинской помощи (гарантированные объемы), финансируемые в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год.

3. Рекомендовать главам муниципальных образований области в пределах установленных законодательством бюджетных полномочий расширять, при наличии финансовых возможностей, перечень видов и объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год, финансируемых за счет средств муниципальных бюджетов.

4. Министерству финансов области (Сверчкова Н.И.) учесть положения настоящего постановления при исполнении областного бюджета на 2009 год.

5. Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования и применяется к правоотношениям, возникшим с 1 января 2009 года.

6. Контроль за выполнением постановления возложить на заместителя Главы Администрации (Губернатора) области Бедрика А.И.

Глава Администрации (Губернатор) области

В.Ф.ЧУБ

Приложение к постановлению Администрации Ростовской области от 06.04.2009 № 154

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год (в ред. Постановления Администрации РО от 13.11.2009 № 603)

(приводится выборочно)

Общие положения

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год (далее - территориальная программа государственных гарантий) определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения,

порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает условия оказания, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области бесплатно, за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) и других поступлений.

Территориальная программа государственных гарантий утверждается с целью:

- создания единой системы планирования и финансирования медицинской помощи;
- сбалансированности обязательств государства по предоставлению медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств исходя из обоснованной потребности населения в видах и объемах медицинской помощи и нормативов затрат на ее оказание;

- повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Территориальная программа государственных гарантий сформирована на основе следующих принципов:

- обоснования потребности в медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области исходя из особенностей демографического состава, заболеваемости населения, сложившихся уровней госпитализации и посещаемости в медицинских учреждениях;

- соответствия гарантированных объемов медицинской помощи федеральным нормативам и стандартам оказания медицинской помощи;

- соответствия объемов медицинской помощи мощности и возможностям учреждений здравоохранения на территории Ростовской области.

- Территориальная программа государственных гарантий включает в себя:

- перечень заболеваний, состояний и соответствующих им видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области бесплатно (раздел I);

- территориальную программу обязательного медицинского страхования (раздел II);

- перечень затрат и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области, финансируемых из бюджетов всех уровней (раздел III);

- территориальные нормативы объемов медицинской помощи, используемые при планировании обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан Российской Федерации на территории Ростовской области (раздел IV);

- расчет затрат на реализацию территориальной программы государственных гарантий по источникам финансирования и подушевые нормативы финансирования (раздел V);

- условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области (раздел VI);

- критерии качества и доступности предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области (раздел VII).

Государственные (муниципальные) задания по предоставлению медицинской помощи по территориальной программе ОМС в показателях объемов медицинской помощи (гарантированные объемы) и в финансовых показателях формируются комиссией по разработке заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области, создаваемой в соответствии с действующим законодательством. Задания утверждаются министерством здравоохранения области по согласованию с Ростовским областным фондом обязательного медицинского страхования (далее - РОФОМС) и доводятся до сведения руководителей областных лечебно-профилактических учреждений, других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, и муниципальных органов управления здравоохранением (а в случае их отсутствия - главных врачей центральных районных (городских) больниц), которые распределяют их по подведомственным лечебно-профилактическим учреждениям (далее - ЛПУ).

I. Перечень заболеваний, состояний и соответствующих им видам медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области бесплатно

Гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатно предоставляются:

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

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, 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, по предупреждению абортов, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических, больничных учреждениях и других медицинских организациях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь гражданам предоставляется:

- учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);
- амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями и дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);
- больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, а также при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах). Амбулаторная медицинская помощь включает проведение мероприятий по профилактике, диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний в поликлинике, на дому, а также в дневных стационарах.

Стационарная помощь предоставляется гражданам в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях в случаях, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемиологическим показаниям при заболеваниях, в том числе острых, обострениях хронических болезней, отравлениях, травмах, патологии беременности, родах и абортах, в периоде новорожденности.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторных и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

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.

Перечисленные выше виды медицинской помощи предоставляются при группах заболеваний и состояний, указанных в таблице № 1, с соблюдением условий оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, предусмотренных разделом VI.

Таблица № 1

Группы заболеваний и состояний, обеспечиваемых медицинской помощью в рамках территориальной программы государственных гарантий
(приводится выборочно)

Группы заболеваний и состояний	Класс по МКБ-10	Перечень специалистов, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь	Перечень профилей стационарных отделений	Источник финансирования
Новообразования	II	онколог, онколог-гинеколог, онколог-радиолог, хирург, гинеколог, терапевт, педиатр	онкологическое, лучевой терапии, хирургическое, гинекологическое, педиатрическое, терапевтическое, радиологическое	средства областного бюджета (специализированные медицинские учреждения), средства ОМС (другие ЛПУ)
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	IV	эндокринолог, терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, аллерголог-иммунолог	эндокринологическое, терапевтическое, педиатрическое, хирургическое, гинекологическое, аллергологическое	средства ОМС
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	III	гематолог, терапевт, педиатр, хирург, врач общей практики	гематологическое, педиатрическое, терапевтическое, хирургическое	средства ОМС
Психические расстройства и расстройства поведения	V	психиатр, невролог, медицинский психолог	психиатрическое, психоневрологическое	средства областного бюджета (оказание медицинской помощи жителям Ростовской области в ГУЗ ОДБ - средства ОМС)
Болезни нервной системы	VI	невролог, нейрохирург, терапевт, педиатр, врач общей практики	неврологическое, нейрохирургическое, терапевтическое, педиатрическое	средства ОМС
Болезни глаза и его придаточного аппарата	VII	офтальмолог, врач общей практики	офтальмологическое, педиатрическое	средства ОМС

Группы заболеваний и состояний	Класс по МКБ-10	Перечень специалистов, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь	Перечень профилей стационарных отделений	Источник финансирования
Болезни уха, горла, носа	VIII	отоларинголог, хирург, врач общей практики, педиатр	отоларингологическое, хирургическое, челюстно-лицевой хирургии, педиатрическое	средства ОМС
Болезни системы кровообращения	IX	кардиолог, ревматолог, терапевт, педиатр, торакальный хирург, кардиохирург, сосудистый хирург, невролог, врач общей практики	кардиологическое, ревматологическое, кардиоревматологическое, терапевтическое, педиатрическое, торакальной хирургии, кардиохирургическое, сосудистой хирургии, хирургическое, неврологическое	средства ОМС
Болезни органов дыхания	X	пульмонолог, терапевт, педиатр, аллерголог-иммунолог, хирург, торакальный хирург, врач общей практики	пульмонологическое, терапевтическое, аллергологическое, хирургическое, торакальной хирургии, педиатрическое	средства ОМС
Болезни органов пищеварения	XI	гастроэнтеролог, терапевт, педиатр, хирург, проктолог, врач общей практики	гастроэнтерологическое, терапевтическое, педиатрическое, хирургическое, проктологическое	средства ОМС
Заболевания зубов и полости рта	XI	стоматолог, стоматолог-хирург, ортодонт, зубной врач	стоматологическое, челюстно-лицевой хирургии	средства ОМС
Болезни мочеполовой системы	XIV	нефролог, терапевт, педиатр, уролог, хирург	нефрологическое, терапевтическое, педиатрическое, урологическое, хирургическое, гемодиализа (искусственная почка)	средства ОМС
Болезни женских половых органов	XIV	акушер-гинеколог, врач общей практики	гинекологическое	средства ОМС (оказание медицинской помощи жителям Ростовской области в ГУЗ ОЦПСиРЧ - средства областного бюджета)

Группы заболеваний и состояний	Класс по МКБ-10	Перечень специалистов, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь	Перечень профилей стационарных отделений	Источник финансирования
Беременность, аборт, роды, послеродовой период	XV	акушер-гинеколог, врач общей практики	акушерское, родильное, патологии беременности	средства ОМС (оказание медицинской помощи жителям Ростовской области в ГУЗ ОЦПСИРЧ - средства областного бюджета)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	XII	дерматовенеролог, аллерголог, иммунолог, хирург, врач общей практики, инфекционист	дерматологическое, аллергологическое, хирургическое, педиатрическое, инфекционное	средства областного бюджета (специализированные медицинские учреждения), средства ОМС (другие ЛПУ)
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	XIII	ревматолог, терапевт, педиатр, травматолог, ортопед, хирург, врач общей практики	ревматологическое, педиатрическое, терапевтическое, ортопедическое, хирургическое	средства ОМС
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	XVII	хирург, нейрохирург, отоларинголог, стоматолог-хирург, кардиохирург, травматолог, ортопед, врач-генетик, уролог, педиатр	хирургическое, нейрохирургическое, отоларингологическое, кардиохирургическое, стоматологическое, ортопедическое, челюстно-лицевой хирургии, медико-генетическая консультация, педиатрическое, детское инфекционное	средства ОМС
Состояния, возникающие у детей в перинатальном периоде	XVI	неонатолог, невролог, педиатр	педиатрическое раннего возраста, педиатрическое для недоношенных детей, отделения II этапа выхаживания новорожденных, детское инфекционное	средства ОМС
Травмы	XIX	травматолог, ортопед, хирург, нейрохирург	травматологическое, ортопедическое, нейрохирургическое, хирургическое, педиатрическое	средства ОМС

Группы заболеваний и состояний	Класс по МКБ-10	Перечень специальностей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь	Перечень профилей стационарных отделений	Источник финансирования
Ожоги	XIX	травматолог, ортопед, хирург	ожоговое, травматологическое, хирургическое	средства ОМС
Отравления и другие воздействия внешних причин	XIX	токсиколог, терапевт, педиатр, инфекционист	токсикологическое, терапевтическое, педиатрическое отделение острых отравлений, инфекционное	средства ОМС
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения, и контакты с учреждениями здравоохранения	XVIII, XXI	врачи всех специальностей	-	средства ОМС только после специальной экспертизы по случаям, перечень которых определяется тарифным\соглашением

Примечание.

1. ГУЗ ОДБ - государственное учреждение здравоохранения «Областная детская больница».

2. ГУЗ ОЦПСиРЧ - государственное учреждение здравоохранения Областной центр планирования семьи и репродукции человека.

3. МКБ-10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра.

II. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС) является составной частью территориальной программы государственных гарантий.

1. Виды медицинской помощи, входящие в территориальную программу ОМС:

амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения, включенных в систему ОМС, при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой в специализированных учреждениях здравоохранения), болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки (за исключением медицинской помощи, оказываемой в специализированных учреждениях здравоохранения), болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при беременности, родах и в послеродовом периоде, при аборт, при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, а также при психических расстройствах и расстройствах поведения, возникающих у детей (жителей Ростовской области) в перинатальном периоде, при лечении в государственном учреждении здравоохранения «Областная детская больница».

В рамках территориальной программы ОМС осуществляются проведение мероприятий по профилактике заболеваний (проведение профилактических прививок и про-

филактических осмотров детского населения), диспансерное наблюдение, в том числе здоровых детей, включая расходы на содержание медицинского персонала, обслуживающего школьные учреждения образования, и лекарственное обеспечение медицинских кабинетов школьных учреждений образования, услуги по профилактике аборт в ЛПУ, включенных в систему ОМС, медицинское обследование граждан, подлежащих призыву на действительную воинскую службу, и военнообязанных.

2. Основы реализации территориальной программы ОМС.

Территориальная программа ОМС реализуется за счет и в пределах средств ОМС - единого социального налога и иных налогов в части, подлежащей зачислению в РО-ФОМС, и страховых взносов на ОМС неработающего населения, уплачиваемых за счет средств областного бюджета, а также прочих поступлений, не запрещенных законодательством.

К категории работающего населения относятся все граждане, в отношении которых согласно действующему законодательству Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

К категории неработающего населения, страхователем которого является Администрация области, относятся граждане Российской Федерации, постоянно проживающие на территории Ростовской области, не отнесенные к категории работающего населения, за исключением категорий граждан, не подлежащих ОМС в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Отношения субъектов (участников) ОМС на территории Ростовской области регулируются законодательством Российской Федерации и законодательством Ростовской области.

Территориальная программа ОМС реализуется на основе договоров, заключенных между субъектами (участниками) ОМС.

3. Механизм финансирования территориальной программы ОМС регламентируется законодательством Российской Федерации и Ростовской области об обязательном медицинском страховании.

4. Перечень медицинских организаций в Ростовской области, включенных в систему ОМС:

III. Перечень затрат и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области, финансируемых из бюджетов всех уровней

В рамках территориальной программы государственных гарантий финансируются следующие виды медицинской помощи и расходы на здравоохранение:

1. За счет средств областного бюджета по отрасли «Здравоохранение»:

1.1. Специализированная медицинская помощь, оказываемая в областных государственных противотуберкулезных (туберкулезных), психиатрических (психоневрологических), наркологических, онкологических, кожно-венерологических учреждениях, Центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (включая содержание указанных учреждений).

1.2. Медицинская помощь, оказываемая в областных государственных учреждениях здравоохранения (включая их содержание):

Областном центре планирования семьи и репродукции человека;

Домах ребенка.

1.3. Оказание услуг областными государственными учреждениями здравоохранения особого типа (включая их содержание):

– Бюро судебно-медицинской экспертизы;

– Ростовское областное патолого-анатомическое бюро;

– «Медицинский информационно-аналитический центр» Ростовской области;

– «Центр медицинских мобилизационных резервов «Резерв» Ростовской области;

– государственное бюджетное учреждение «Дирекция «Перинатальный центр» Ростовской области.

1.5. Расходы на:

– краткосрочные целевые мероприятия по содержанию лечебно-профилактических учреждений здравоохранения области, оказывающих медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования;

– реализацию целевых программ и мероприятий по здравоохранению:

- областная целевая программа «Онкология» на 2007-2010 годы;
- областная целевая программа «Развитие службы детства и родовспоможения Ростовской области на 2008-2010 годы»;
- областная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2008-2009 годы»;
- областная целевая программа улучшения демографической ситуации в Ростовской области на 2008-2010 годы;
- областная целевая программа профилактики правонарушений в Ростовской области на 2007-2010 годы;
- областная целевая программа «Молодежь Дона» на 2006-2010 годы;
- мероприятия по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения групп населения и лиц при определенных категориях заболеваний, имеющих право на льготы;
- мероприятия по обеспечению жителей Ростовской области высокотехнологичными видами медицинской помощи за счет средств областного бюджета;
- мероприятия по организации заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов, безвозмездному обеспечению областных государственных и муниципальных организаций здравоохранения Ростовской области донорской кровью и ее компонентами;
- мероприятия по проведению вакцинопрофилактики;
- неотложные мероприятия по борьбе с туберкулезом в Ростовской области;
- мероприятия по профилактике и лечению сахарного диабета;
- мероприятия по предупреждению развития заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), «АНТИ-ВИЧ/СПИД»;
- мероприятия по обеспечению санитарной охраны территории и предупреждению природно-очаговых и особо опасных инфекций среди людей в Ростовской области;
- мероприятия по улучшению обеспечения лечебно-профилактических учреждений области медицинскими кадрами;
- мероприятия по оснащению медицинским оборудованием, медицинской мебелью, технологическим оборудованием и оргтехникой областных лечебно-профилактических учреждений;
- мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

2. За счет средств бюджетов муниципальных образований области по отрасли «Здравоохранение»:

2.1. Скорая медицинская помощь, оказываемая станциями и отделениями скорой медицинской помощи (включая содержание указанных учреждений (подразделений)).

2.2. Медицинская помощь, оказываемая муниципальными учреждениями (подразделениями) здравоохранения (включая их содержание):

- фельдшерско-акушерскими пунктами;
- хосписами, домами (отделениями) сестринского ухода;
- детскими санаториями нетуберкулезного профиля.

2.3. Расходы на:

– содержание медицинского персонала, обслуживающего дошкольные учреждения образования;

- содержание муниципальных патолого-анатомических бюро (отделений);
- оплату коммунальных услуг муниципальным учреждениям здравоохранения;
- проведение в муниципальных учреждениях здравоохранения текущего ремонта зданий и сооружений, текущего ремонта электроосветительной, отопительной, водопроводной, канализационной, вентиляционной систем, установленных в зданиях и помещениях, специализированными организациями на договорной основе в порядке, предусмотренном законодательством о размещении закупок;
- капитальный ремонт муниципальных учреждений здравоохранения;
- приобретение оборудования и автотранспорта для муниципальных учреждений здравоохранения.

2.4. Оказание первичной медико-санитарной помощи, предоставление медицинских и иных услуг в прочих муниципальных учреждениях (подразделениях) здравоохранения, реализация мероприятий по здравоохранению, финансируемых по решению

органов местного самоуправления в пределах установленных законодательством бюджетных полномочий за счет средств бюджетов муниципальных образований, в том числе мероприятий по подготовке кадров, по развитию материально-технической базы муниципальных учреждений здравоохранения и других.

3. За счет средств федерального бюджета, бюджетов соответствующих органов государственной власти:

3.1. Реализация медицинских программ общероссийских общественных объединений инвалидов.

3.2. Обязательные периодические медицинские обследования педагогических работников образовательных учреждений.

3.3. Профилактические медицинские осмотры один раз в год и обследование при поступлении на работу социальных работников, занятых в государственных и муниципальных предприятиях и учреждениях социального обслуживания.

3.4. Медицинская помощь, оказываемая в государственных учреждениях здравоохранения федерального подчинения и в ведомственных медицинских организациях, расположенных на территории Ростовской области (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования).

3.5. Проведение мероприятий по медицинскому освидетельствованию и медицинскому обследованию, связанных с исполнением гражданами воинской обязанности.

3.6. Медицинская помощь военнослужащим, гражданам, призванным на военные сборы, аттестованным служащим Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Федеральной пограничной службы и других органов государственной власти, освобожденных от уплаты взносов по обязательному медицинскому страхованию.

3.7. Медицинская помощь, оказываемая лицам, задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы либо административный арест.

3.8. Медицинское освидетельствование граждан при направлении органами службы занятости на профессиональное обучение.

3.9. Дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения в Ростовской области).

3.10. Проведение диспансеризации граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации; проведение иммунизации населения; проведение мероприятий по раннему выявлению социально значимых заболеваний.

3.11. В рамках территориальной программы финансовое обеспечение оказания отдельной категории граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

3.12. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определенном Правительством Российской Федерации.

IV. Территориальные нормативы объемов медицинской помощи, используемые при планировании обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан Российской Федерации на территории Ростовской области

Расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи, используемых при планировании обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан Российской Федерации на территории Ростовской области, произведен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» и представлен в таблицах № 2, 3.

Таблица № 2.

**Гарантированные объемы стационарной медицинской помощи
(на 1000 жителей)**

Профиль отделений (коек)	Число койко-дней на 1000 жителей								Ито- го
	областной уровень		межтерритори- альный уровень		территориаль- ный уровень		всего		
	взрос- лые	дети	взрос- лые	дети	взрос- лые	дети	взрос- лые	дети	
Кардиологи- ческий	12,26	2,96	103,12	2,68	0,00	0,00	115,4	5,6	121,0
Ревматоло- гический	4,30	0,57	9,47	0,00	0,00	0,00	13,8	0,6	14,4
Гастроэнте- рологиче- ский	7,37	3,47	35,86	4,05	0,00	0,00	43,2	7,5	50,7
Пульмоно- логический	8,88	4,32	29,40	0,00	0,00	0,00	38,3	4,3	42,6
Эндокрино- логический (терапия)	3,92	1,34	10,79	0,00	0,00	0,00	14,7	1,3	16,0
Нефрологи- ческий (терапия)	5,90	3,46	0,00	0,00	0,00	0,00	5,9	3,5	9,4
Гематологи- ческий	8,81	2,43	0,00	0,00	0,00	0,00	8,8	2,4	11,2
Аллерголо- гический	4,97	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	5,0	0,8	5,8
Педиатриче- ский	0,00	22,74	0,00	6,70	0,00	77,20	0,0	106,6	106,6
Терапев- тический (общие)	15,95	0,00	9,77	0,00	326,72	0,00	352,4	0,0	352,4
Патологии новорож- денных	0,00	1,13	0,00	15,16	0,00	0,00	0,0	16,3	16,3
Травматоло- гический	14,12	3,63	26,29	2,15	40,53	2,13	80,9	7,9	88,8
Ортопеди- ческий	10,50	1,65	10,50	1,65	0,00	0,00	21,0	3,3	24,3
Урологиче- ский	9,62	3,26	35,71	0,00	0,00	0,00	45,3	3,3	48,6
Нейрохи- рургический	5,86	1,57	19,01	0,00	0,00	0,00	24,9	1,6	26,5
Ожоговый	6,44	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00	6,4	1,8	8,2
Челюстно- лицевой хирургии	9,11	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	9,1	1,3	10,4
Торакаль- ной хирур- гии	10,25	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00	10,3	0,6	10,9
Проктологи- ческий	7,67	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	7,7	0,3	8,0

Профиль отделений (коек)	Число койко-дней на 1000 жителей								
	областной уровень		межтерриториальный уровень		территориальный уровень		всего		Итого
	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые	дети	взрослые	дети	
Кардиохирургический	4,95	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	5,0	1,0	6,0
Сосудистой хирургии	9,52	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	9,5	0,2	9,7
Эндокринологический (хирургия)	6,44	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	6,4	0,2	6,6
Нефрологический (хирургия)	6,38	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	6,4	0,2	6,6
Хирургический (общие)	16,17	3,04	29,97	10,15	206,40	6,23	252,5	19,4	271,9
Онкологический <*>	44,56	2,43	66,61	0,00	0,00	0,00	111,2	2,4	113,6
Гинекологический	14,60	0,60	27,56	0,00	120,01	0,00	162,2	0,6	162,8
Отоларингологический	8,93	4,82	25,27	9,15	0,00	0,00	34,2	14,0	48,2
Офтальмологический	11,32	2,93	29,32	1,95	0,00	0,00	40,6	4,9	45,5
Неврологический	12,25	1,24	22,63	6,68	108,68	0,00	143,6	7,9	151,5
Дерматологический	5,83	2,57	33,47	3,86	0,00	0,00	39,3	6,4	45,7
Для беременных и рожениц	7,14	0,00	26,32	0,00	37,73	0,00	71,2	0,0	71,2
Патологии беременности	5,15	0,00	19,23	0,00	27,51	0,00	51,9	0,0	51,9
Психиатрический <*>	49,76	13,75	275,00	0,00	0,00	0,00	324,8	13,8	338,6
Наркологический <*>	10,03	0,00	73,49	0,00	0,00	0,00	83,5	0,0	83,5
Фтизиатрический <*>	175,98	16,50	140,78	0,00	0,00	0,00	316,8	16,5	333,3

<*> Финансирование в специализированных учреждениях здравоохранения осуществляется за счет средств областного бюджета.

Таблица № 3

**Гарантированные объемы амбулаторно-поликлинической помощи
(на 1000 жителей области)**

Специальности	Число посещений на 1000 жителей		
	для взрослых	для детей	всего
Кардиология	122,3	8,0	130,3
Ревматология	80,2	18,7	98,9

Специальности	Число посещений на 1000 жителей		
	для взрослых	для детей	всего
Гастроэнтерология	35,5	3,3	38,8
Пульмонология	7,4	0,9	8,3
Эндокринология	88,5	1,6	90,1
Нефрология	2,4	0,9	3,3
Гематология	10,7	7,4	18,1
Аллергология	7,4	2,4	9,8
Педиатрия (общая)	0,0	814,6	814,6
Терапия (общая)	2300,9	0,0	2300,9
Инфекционные болезни	12,4	9,8	22,2
Травматология-ортопедия	232,4	19,9	252,3
Урология	106,6	2,9	109,5
Нейрохирургия	10,7	0,5	11,2
Челюстно-лицевая хирургия	1,7	0,2	1,9
Проктология	21,5	0,2	21,7
Хирургия (общая)	438,2	62,6	500,8
Стоматология	1463,4	239,1	1702,5
Онкология <*>	91,8	3,6	95,4
Акушерство-гинекология	735,9	0,9	736,8
Отоларингология	406,8	111,4	518,2
Офтальмология	406,8	71,2	478,0
Неврология	443,2	45,2	488,4
Дерматология <*>	402,7	39,5	442,2
Психиатрия <*>	116,6	15,1	131,7
Фтизиатрия <*>	79,4	6,3	85,7

<*> Финансирование в специализированных учреждениях здравоохранения осуществляется за счет средств областного бюджета.

V. Расчет затрат на реализацию территориальной программы государственных гарантий по источникам финансирования и подушевые нормативы финансирования

Расчеты территориальных нормативов объемов, стоимости медицинской помощи при планировании обеспечения бесплатной медицинской помощью граждан Российской Федерации в Ростовской области в рамках территориальной программы государственных гарантий и затрат на ее реализацию произведены в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год», Областными законами от 22.10.2005 № 380-ЗС «О межбюджетных отношениях органов государственной власти и органов местного самоуправления в Ростовской области», от 17.11.2008 № 118-ЗС «Об областном бюджете на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов», от 26.11.2008 № 122-ЗС «О бюджете Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» .

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, учитывают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, на приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, а также расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), и оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

VI. Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области

1. Общие положения

1.1. Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области в рамках территориальной программы государственных гарантий распространяются на все ЛПУ, участвующие в реализации территориальной программы ОМС, а также на государственные и муниципальные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, финансируемую за счет средств соответствующих бюджетов.

Граждане Российской Федерации имеют равные возможности в получении медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Медицинская помощь гражданам оказывается учреждениями здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию.

1.2. В рамках территориальной программы государственных гарантий осуществляется оплата медицинских услуг, оказание которых объективно необходимо, рационально и соответствует отраслевым стандартам диагностики и лечения. Необходимые для конкретного больного перечень и объем лечебных и диагностических мероприятий определяются лечащим врачом (в необходимых случаях - врачебным консилиумом, врачебной комиссией) на основе указанных стандартов. Медицинские услуги, необходимые которых не установлена, выполняемые по инициативе пациента, в перечень государственных гарантий не включены и могут быть оказаны на платной основе.

1.3. Оформление медицинской документации и направление больных на консультации и лечение в учреждения здравоохранения за пределами Ростовской области осуществляются в порядке, установленном министерством здравоохранения области.

Направление больных в учреждения здравоохранения, центры, клиники Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российской академии медицинских наук и другие, финансируемые из федерального бюджета, оказывающие дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи, осуществляет министерство здравоохранения области.

2. Условиями оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС являются:

наличие медицинских услуг в территориальной программе ОМС;

оказание медицинских услуг в ЛПУ, имеющем лицензию и включенном в перечень учреждений, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС, согласно пункту 4 раздела II настоящей территориальной программы государственных гарантий;

наличие действующего договора с этим ЛПУ на предоставление медицинских услуг по ОМС;

оказание медицинских услуг лицу, застрахованному по ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации, наличие у пациента действительного на момент оказания медицинской помощи полиса ОМС, подтверждающего действие договора ОМС, заключенного в пользу застрахованного.

В случае, когда гражданам Российской Федерации, застрахованным по ОМС, оказывается экстренная медицинская помощь, предусмотренная территориальной программой ОМС, отсутствие на руках у пациента действительного на момент оказания медицинской помощи полиса ОМС не может быть причиной отказа в ее предоставлении. Экстренной является медицинская помощь, оказание которой не может быть отсрочено из-за очевидного риска неблагоприятных последствий для жизни и (или) здоровья пациента или окружающих лиц.

Медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации, расположенных за пределами Ростовской области, может быть оплачена из

средств ОМС только в рамках базовой программы ОМС, утверждаемой Правительством Российской Федерации (плановая - при наличии направления министерства здравоохранения области), в соответствии с действующими договорами ОМС и установленным порядком финансовых расчетов между территориальными фондами ОМС за медицинскую помощь, оказанную за пределами территорий страхования.

3. *Дополнительные условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий*

3.1. В амбулаторно-поликлинических учреждениях:

3.1.1. Пациенту предоставляется возможность выбора врача-терапевта участкового, педиатра участкового, врача общей практики и лечащего врача, с учетом согласия этого врача, а также выбора медицинской организации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования с изменением выбора не чаще одного раза в год (за исключением случаев переезда на новое место жительства либо пребывания).

Плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается гражданину врачами-специалистами по направлению участкового врача, врача общей практики (семейного врача), к которому прикреплен этот гражданин.

3.1.2. При проведении плановых посещений и диагностических исследований возможно наличие очереди плановых больных на прием к врачу, время ожидания - не более 45 минут. Вне очереди обслуживаются больные с высокой температурой, беременные женщины, ветераны Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица. По экстренным показаниям медицинская помощь в амбулаторно-поликлиническом учреждении здравоохранения оказывается с момента обращения пациента.

3.1.3. Возможно получение пациентом медицинской помощи на дому при невозможности посещения поликлиники по состоянию здоровья. Посещение больного участковым врачом на дому производится в течение шести часов с момента поступления вызова в поликлинику.

3.1.4. Возможно наличие очередности на льготное зубопротезирование.

3.2. В стационарных учреждениях:

3.2.1. Возможно наличие очереди на плановую госпитализацию, время ожидания - не более 1 месяца. При состояниях, угрожающих жизни, а также в случаях возникновения особо опасных инфекций пациент госпитализируется немедленно.

3.2.2. Больные могут быть размещены в палатах на два и более мест, в одноместных палатах - по медицинским показаниям. Условия пребывания повышенной комфортности могут оплачиваться дополнительно за счет личных средств граждан и других источников.

3.2.3. Больные, роженицы и родильницы обеспечиваются лечебным питанием в соответствии с физиологическими нормами и в пределах норм расходов на питание, заложенных в тарифы на медицинские услуги по ОМС, и нормативных затрат на койкодень при бюджетном финансировании. Питание по расширенному рациону, питание в дневных стационарах может производиться за счет средств хозяйствующих субъектов и личных средств граждан.

3.2.4. Предоставляется возможность одному из родителей или иному члену семьи находиться вместе с больным ребенком. Питание и койкой обеспечивается лицо, ухаживающее за госпитализированным ребенком до семи лет (за ребенком старше семи лет - при наличии медицинских показаний для ухода).

4. *В дневных стационарах всех типов:*

4.1. Дневной стационар всех типов организуется для лечения больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и интенсивных методов диагностики и лечения, а также изоляции по эпидемиологическим показаниям, по которым показана лечебно-диагностическая помощь в дневное время.

4.2. Обследование и лечение пациентов в дневном стационаре производятся по направлению врача амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) или врача стационара в установленном порядке. Направление производится в плановом порядке. Возможно наличие очередности на госпитализацию в дневной стационар, но не позднее одного месяца со дня получения направления на госпитализацию.

4.3. На больного, находящегося на обследовании и лечении в дневном стационаре, ведется медицинская документация, предусмотренная для соответствующих учреждений (подразделений) здравоохранения.

4.4. Обеспечение больных лечебным питанием осуществляется в дневных стационарах психиатрических (психоневрологических) и фтизиатрических учреждений, финансируемых из средств областного бюджета, и специализированных дневных стационарах (гематологическом и для детей с задержкой речи) ГУЗ «Областная детская больница», в остальных учреждениях - на платной основе.

5. Лекарственное обеспечение

5.1. Обеспечение жителей Ростовской области лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется аптечными предприятиями, имеющими соответствующую лицензию.

5.2. При амбулаторно-поликлинической помощи (по видам медицинской помощи, включенным в территориальную программу государственных гарантий) лекарственное обеспечение производится за счет личных средств граждан, за исключением лекарственного обеспечения пациентов в процессе амбулаторного приема, диагностических и лечебных амбулаторных манипуляций, которое осуществляется медицинским учреждением за счет средств ОМС или соответствующего бюджета, согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденному Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.03.2007 № 376-р, Перечню лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ростовской области и РОФОМС от 17.12.2004 № 466/15-212.

Лекарственное обеспечение граждан, имеющих льготы на лекарственное обеспечение, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Ростовской области, в том числе в соответствии с постановлением Администрации Ростовской области от 23.01.2004 № 34 «О льготном обеспечении жителей Ростовской области лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». (в ред. постановления Администрации РО от 13.11.2009 № 603)

5.3. При оказании медицинской помощи по ОМС в стационаре, дневных стационарах всех типов пациентам предоставляется бесплатное лекарственное обеспечение в соответствии с приказом министерства здравоохранения Ростовской области и РОФОМС от 17.12.2004 № 466/15-212 «О Перечне лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации областной программы обязательного медицинского страхования». В случае необходимости предоставления пациентам лекарственных средств и изделий медицинского назначения, не предусмотренных приказом министерства здравоохранения Ростовской области и РОФОМС от 17.12.2004 № 466/15-212, бесплатное лекарственное обеспечение осуществляется при наличии средств в пределах сумм, зарабатываемых ЛПУ по тарифам на медицинские услуги, оставшихся после 100-процентного обеспечения медикаментами в соответствии с указанным приказом. В этом случае бесплатное лекарственное обеспечение осуществляется в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.03.2007 № 376-р. Предоставление лекарственной помощи помимо Распоряжения Правительства Российской Федерации от 29.03.2007 № 376-р осуществляется по решению врачебной комиссии ЛПУ. Ответственность за обоснованность назначения и решения врачебной комиссии возлагается на руководителя медицинского учреждения.

Лекарственная помощь сверх предусмотренной территориальной программой государственных гарантий предоставляется пациентам на платной основе.

5.4. При оказании скорой медицинской помощи обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения производится согласно Примерному перечню оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации». (пп. 5.4 введен постановлением Администрации РО от 13.11.2009 № 603)

6. Финансирование содержания лечебно-профилактических учреждений при наличии расходов, не связанных с выполнением территориальной программы государственных гарантий (при невыполнении ЛПУ и их подразделениями функций по оказанию медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий, в том числе при закрытии на ремонт и по другим причинам) или не связанных с оказанием услуг сверх гарантированных объемов, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий, обеспечивается собственником учреждения в случае принятия собственником такого решения.

VII. Критерии качества и доступности предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области

Территориальной программой государственных гарантий устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики следующих показателей:

- удовлетворенность населения медицинской помощью;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;
- средняя продолжительность временной нетрудоспособности на 1 работающего - 6,4 дня;
- смертность населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте - 635,0 на 100 тысяч населения трудоспособного возраста;
- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний - 879,0 на 100 тысяч населения;
- смертность населения от онкологических заболеваний - 209,8 на 100 тысяч населения;
- смертность населения от внешних причин;
- смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;
- материнская смертность - 9,2 на 100 тысяч живорождений;
- младенческая смертность - 10,0 на 1000 родившихся живыми;
- доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с территориальной программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;
- эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других).

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ростовской области применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по клинико-статистическим группам болезней за законченный случай лечения в стационаре, в том числе дневном, по единице объема оказанной амбулаторной и параклинической медицинской помощи).

4.2. Обязательное медицинское страхование

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС) является составной частью территориальной программы государственных гарантий.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование является Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее - Закон) принятый в 1991 году.

Закон установил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определил средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования

медицинских учреждений и заложил основу для создания в стране системы страховой модели финансирования здравоохранения.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Медицинское страхование, регулируются следующими нормативными документами:

- Конституцией РФ;
- Гражданским кодексом РФ (ГК РФ);
- Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и

другими Федеральными законами.

Медицинское страхование бывает в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное – когда вас страхуют независимо от вашего желания ваш работодатель или, если вы безработный, Администрация.

Добровольное – когда вы страхуетесь за счет своих собственных средств по своему желанию.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Социальным страховым риском применительно к обязательному медицинскому страхованию (ОМС) является необходимость получения медицинской помощи. Страховым обеспечением по отдельным видам обязательного медицинского страхования является оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи.

Администрация Ростовской области разрабатывает и утверждает территориальную программу ОМС. Территориальная программа ОМС является частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и включает в себя перечень видов и объемов медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС, условия предоставления помощи, а также порядок формирования подушевых нормативов финансирования.

Программы ОМС определяют минимально необходимый перечень медицинских услуг, который гарантируется каждому гражданину, имеющему соответствующий медицинский полис. Этот перечень медицинских услуг обязательно включает оказание гражданам конкретной медицинской (скорой, поликлинической помощи и помощи на дому) и стационарной помощи.

В Ростовской области Обязательное медицинское страхование осуществляет Ростовский областной фонд обязательного медицинского страхования (РОФОМС).

4.2.1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Территориальная программа обязательного медицинского страхования на 2009 год

(утверждена Постановлением Администрации Ростовской области № 154 от 06.04.2009 г.)

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС) является составной частью территориальной программы государственных гарантий.

1. Виды медицинской помощи, входящие в территориальную программу ОМС:

амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения, включенных в систему ОМС, при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой в специализированных учреждениях здравоохранения), болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и на-

рушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки (за исключением медицинской помощи, оказываемой в специализированных учреждениях здравоохранения), болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при беременности, родах и в послеродовом периоде, при абортax, при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, а также при психических расстройствах и расстройствах поведения, возникающих у детей (жителей Ростовской области) в перинатальном периоде, при лечении в государственном учреждении здравоохранения «Областная детская больница».

В рамках территориальной программы ОМС осуществляются проведение мероприятий по профилактике заболеваний (проведение профилактических прививок и профилактических осмотров детского населения), диспансерное наблюдение, в том числе здоровых детей, включая расходы на содержание медицинского персонала, обслуживающего школьные учреждения образования, и лекарственное обеспечение медицинских кабинетов школьных учреждений образования, услуги по профилактике абортов в ЛПУ, включенных в систему ОМС, медицинское обследование граждан, подлежащих призыву на действительную воинскую службу, и военнообязанных.

Территориальная программа ОМС реализуется за счет и в пределах средств ОМС - единого социального налога и иных налогов в части, подлежащей зачислению в РО-ФОМС, и страховых взносов на ОМС неработающего населения, уплачиваемых за счет средств областного бюджета, а также прочих поступлений, не запрещенных законодательством.

К категории работающего населения относятся все граждане, в отношении которых согласно действующему законодательству Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

К категории неработающего населения, страхователем которого является Администрация области, относятся граждане Российской Федерации, постоянно проживающие на территории Ростовской области, не отнесенные к категории работающего населения, за исключением категорий граждан, не подлежащих ОМС в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- наименование сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного медицинского страхования;

– права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

Все споры по медицинскому страхованию разрешаются судами.

В случае если вам медицинское учреждение отказывает в бесплатных услугах, вы должны прежде всего ознакомиться с содержанием договора ОМС заключенного между вашим предприятием и страховой организацией. В этом договоре обязательно перечислены виды медицинских услуг, которые вам должны предоставляться бесплатно.

Сделать копию этого договора. С копией договора обратиться к руководителю медицинской организации и потребовать предоставить вам бесплатно те виды медицинских услуг, которые предусмотрены договором.

4.2.2. Права пациента и их защита в системе обязательного медицинского страхования

Работа системы обязательного медицинского страхования (ОМС), действующей уже не первый год, до сих пор непонятна многим пациентам лечебных учреждений и инвалидам-диабетикам в частности.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам.

Основа системы – медицинские страховые компании обязательного медицинского страхования, предоставляющие услуги на основании заключений договора, на основании чего пациент получает полис обязательного медицинского страхования.

Полис действует на всей территории Российской Федерации и подтверждает Ваше право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории обращения за медицинской помощью, неправомерен. Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим, что оплату оказанной Вам медицинской помощи в объеме, определенной Территориальной Программой государственных гарантий, производит страховая организация, выдавшая полис.

Деятельность компаний, предоставляющих услуги ОМС, должна быть основана на следующих принципах и обязанностях:

- обеспечить защиту Ваших прав и законных интересов;
- информировать Вас о правах на получение бесплатных медицинских услуг, оказываемых по программе обязательного медицинского страхования, о порядке организации приема застрахованных;
- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать застрахованным страховые медицинские полисы;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;
- организовать прием и рассмотрение обращений и жалоб граждан.

Чтобы в полной мере пользоваться положительными сторонами системы обязательного медицинского страхования, пациент должен ориентироваться в своих правах, отраженных в «Основах законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан». Особенно актуально это для инвалидов-диабетиков, чаще других сталкивающихся с медицинскими учреждениями.

При этом пациенту необходимо помнить:

- Полис ОМС дает право на получение бесплатной, современной и качественной медицинской помощи. Ее объем определен областной Территориальной Программой государственных гарантий, с которой вы можете ознакомиться в компании, выдавшей Вам полис.

- При лечении в стационаре пациентам обеспечиваются бесплатными медикаментами, входящими в обязательный Перечень лекарственных средств, утвержденный Министерством здравоохранения Ростовской области и РОФОМС. В случае приобретения медикаментов из Перечня за счет личных средств возможно возмещение этих расходов лечебным учреждением (для этого необходимы подтверждающие документы: кассовый и товарный чеки, запись в листе назначений).

- При амбулаторно-поликлинической помощи расходные материалы (шприцы, бинты, спирт, вата, бинт, рентгеновская пленка) должны предоставляться пациентам бесплатно.

- При состояниях, угрожающих жизни и здоровью, отсутствие действительного на момент оказания медицинской помощи полиса ОМС не может быть причиной отказа в предоставлении медицинской помощи.

– Прежде чем предложить оплату медицинской услуги, лечащий врач обязан разъяснить Вам порядок получения бесплатной равноценной медицинской помощи;

– Все рекомендации лечащего врача о получении дополнительной медицинской помощи вне прикрепленного лечебного учреждения должны быть отражены в Вашей амбулаторной карте или карте стационарного больного.

– Кроме специалистов страховой компании Вас должны выслушать заведующие отделениями, главный врач больницы и представители Минздрава области.

Если по Вашему мнению нарушены перечисленные выше права, следует незамедлительно обратиться к представителю Вашей страховой компании.

Обеспечивая защиту прав пациентов, представители страховых компаний осуществляют посещение отделений больниц, во время которых Вы можете обратиться к ним по волнующим Вас вопросам оказания медицинской помощи, получить разъяснение о правомерности платных услуг, оплаты лекарственных препаратов в стационаре. Для Ваших предложений по улучшению качества медицинского обслуживания в стационаре и обращений по поводу неудовлетворительной медицинской помощи в больницах области размещены ящики «Для писем пациентов». А все заявления рассматриваются индивидуально и в максимально короткий срок.

Помните: решить проблемы, возникающие у пациента при получении медицинской помощи – основная задача всех медицинских страховых компаний.

Координаты страховых компаний, работающих в сфере обязательного медицинского страхования, представлены ниже.

Таблица 4

Координаты страховых компаний, работающих в сфере обязательного медицинского страхования

Страховая Медицинская компания	ФИО руководителя	Контактный телефон	Адрес
Айболит	Альперович Дмитрий Валерьевич	299-34-43 232-34-32 299-36-60 299-30-31(32) 8-800-100-08-01	344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Ивановского, д.40
АДМИРАЛ-Мед	Колесников Юрий Алексеевич	250-97-30 8-800-200-01-03	344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, д. 62
АсСтра	Логунов Юрий Александрович	250-41-20 (приемная), 250-41-12 (отдел защ.), 250-41-21 (юротдел), 250-41-54 (ОМС), 8-800-100-00-81	344007, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 87/65
Южный город	Барабаш Елена Александровна	252-25-43 254-58-55	344112, г. Ростов-на-Дону, ул. Металлургическая, д. 94а.
Газпроммед-страх	Алтухов Валерий Анатольевич	227-76-74 227-76-72 263-85-24 262-41-39 263-85-30 8-800-100-10-70	344007, г. Ростов-на-Дону, ул. Социалистическая, д. 132/37
МАКС-М	Пахарин Виктор Иванович	227-02-83 227-04-81 8-800-555-00-03	344002, г. Ростов-на-Дону, ул. Станиславского, д. 8а
Панацея	Эстрин Владимир Владимирович, Чернецкая Елена Оскаровна	299-33-99 234-18-99(ф.) 232-24-78(КДЦ) 220-39-13(КДЦ) 8-800-200-08-68	344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, д. 43

4.2.3. Решение спорных вопросов

Примерное Положение «О порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (на примере Страховой компании «Макс-М»)

Настоящее Примерное положение «О порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (далее – Порядок) разработано на основании Федерального закона от 02.05.06 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» («Российская газета» № 95, 05.05.2006, Собрание законодательства Российской Федерации, 08.05.2006, № 19, ст. 2060), которым регулируются правоотношения, связанные с реализацией гражданином Российской Федерации (далее – гражданин) закрепленного за ним Конституцией Российской Федерации права на обращение в государственные органы и органы местного самоуправления, Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 31.07.2006, № 31, ст. 3448), Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.12.1993 № 4543-1 (с изменениями и дополнениями) («Российская газета», № 81, 28.04.1993) и устанавливает примерный порядок рассмотрения обращений граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования и его должностными лицами.

Настоящий Порядок рассмотрения обращений граждан распространяется на обращения граждан, поступившие в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а также на правоотношения, связанные с рассмотрением обращений иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением случаев, установленных международным договором Российской Федерации или федеральным законом.

Настоящий Порядок определяет общие правила приема и рассмотрения обращения граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС).

1. Общая часть

1.1. Термины, используемые в настоящем Положении:

- обращение гражданина (далее – обращение) - направленные в ТФОМС, его филиалы и представительства письменные предложения, заявления или жалобы, а также устные обращения граждан;

- предложение - рекомендация гражданина по совершенствованию законов и иных нормативных правовых актов, развитию и улучшению деятельности учреждений и организаций системы обязательного медицинского страхования;

- 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 учреждений и организаций системы ОМС и должностных лиц, либо критика деятельности указанных учреждений и организаций системы ОМС или должностных лиц;

- жалоба - просьба гражданина о восстановлении или защите его нарушенных прав, свобод или законных интересов либо прав, свобод или законных интересов других лиц;

- должностное лицо - лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя ТФОМС, либо выполняющее организационно-распорядительные функции в ТФОМС, а также представители учреждений и организаций системы обязательного медицинского страхования.

1.2. Сведения о поступивших обращениях и результатах их рассмотрения используются при составлении ТФОМС отчета по форме ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования» в установленные сроки.

1.3. В случае служебной необходимости, выборочные результаты регистрации, учета поступивших и рассмотренных ТФОМС обращений, жалоб, консультаций могут быть представлены в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) по запросу последнего и в сроки, определяемые ФОМС в каждом конкретном случае.

2. Права гражданина при рассмотрении обращения и гарантии безопасности гражданина в связи с его обращением

2.1. При рассмотрении обращения гражданин имеет следующие права и гарантии.

2.1.1. Представлять дополнительные документы и материалы, касающиеся рассмотрения обращения, либо обращаться с просьбой об их истребовании.

2.1.2. 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.

2.1.3. 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.

2.1.4. 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.

2.1.5. Обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения.

2.2. Запрещается преследование гражданина в связи с его обращением с критикой деятельности учреждений и организаций системы ОМС либо в целях восстановления или защиты своих прав, свобод и законных интересов либо прав, свобод и законных интересов других лиц.

2.3. При рассмотрении обращения не допускается разглашение сведений, содержащихся в обращении, а также сведений, касающихся частной жизни гражданина, без его согласия. Не является разглашением сведений, содержащихся в обращении, направление письменного обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

3. Порядок рассмотрения обращений

3.1. Обращение, поступившее в ТФОМС, подлежит обязательному рассмотрению в соответствии с компетенцией.

3.2. В случае необходимости обращение может быть рассмотрено с выездом на место.

3.3. Неправомерный отказ в приеме или рассмотрении обращений граждан, нарушение сроков рассмотрения обращений, принятие заведомо незаконного решения, разглашение сведений о частной жизни граждан, ставших известными в ходе рассмотрения обращений, неисполнение или ненадлежащее исполнение решений по обращениям граждан влекут дисциплинарную и иную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.4. Должностные лица, осуществляющие рассмотрение письменных обращений, прием и консультации граждан, несут ответственность за правильность принятых ими мер, а также за соответствие законодательству принятых лично ими решений, данных разъяснений, рекомендаций.

4. Письменные обращения.

4.1. Требования к письменному обращению

4.1.1. Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

4.1.2. В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы, либо их копии.

4.1.3. Обращение, поступившее в ТФОМС или должностному лицу по информационным системам общего пользования, подлежит рассмотрению в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Порядок рассмотрения отдельных обращений

4.2.1. В случае если в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, и почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ (анонимное обращение), ответ на обращение не дается.

4.2.2. Анонимные обращения, содержащие сведения о подготавливаемом, совершаемом или совершенном противоправном деянии, а также о лице, его подготавливающем, совершающем или совершившем, подлежат направлению в государственный орган в соответствии с его компетенцией, о чем в учетных формах делается соответствующая отметка.

4.2.3. Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается гражданину, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

4.2.4. При получении письменного обращения, в котором содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица, а также членов его семьи, вправе оставить обращение без ответа по существу поставленных в нем вопросов и сообщить гражданину, направившему обращение, о недопустимости злоупотребления правом.

4.2.5. 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 сообщается гражданину, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению.

4.2.6. В случае, если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему многократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, руководитель или 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.

4.2.7. 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.

4.2.8. 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.

5. Порядок регистрации, учета, сроки рассмотрения письменных обращений и оформления документации по письменным обращениям

5.1. Прием и регистрация письменных обращений граждан осуществляется общим отделом или канцелярией ТФОМС.

5.2. Все письменные обращения регистрируются в 3-х дневный срок с момента поступления.

5.3. На письменном обращении проставляется регистрационный штамп, дата регистрации и регистрационный номер, кроме того в общем отделе или канцелярии каждое обращение регистрируется в регистрационной карточке учета.

5.4. Письменное обращение гражданина должно быть подписано с указанием фамилии, имени, отчества и содержать помимо изложения существа предложения, заявления либо жалобы, также данные о месте его жительства, работы или учебы. Обращение, не содержащее этих сведений, признается анонимным, но подлежит регистрации в установленном порядке.

5.5. Письменное обращение направляется исполнительному директору (заместителю исполнительного директора) ТФОМС для предварительного рассмотрения по компетенции обращения и наложения резолюции по обращению.

5.6. По каждому обращению исполнительным директором или заместителем исполнительного директора ТФОМС не позднее, чем в трехдневный срок должно быть принято одно из следующих решений:

- о принятии обращения к рассмотрению,
- о направлении обращения по принадлежности в другое учреждение, если вопросы, поднятые в нем, не относятся к компетенции ТФОМС.
- об оставлении обращения без рассмотрения (в случае, если содержание обращения лишено логики и смысла, или в случае анонимного обращения, согласно пунктам 4.2.2. – 4.2.6 настоящего Порядка).

5.7. После предварительного рассмотрения обращения граждан с резолюцией директора (заместителя директора) направляются в структурные подразделения ТФОМС по компетенции для детального рассмотрения по существу поставленных вопросов и подготовке ответа заявителю.

5.8. Обращение, рассмотрение которого не входит в компетенцию ТФОМС, и поступившие от заявителя подлинные документы передаются в другое учреждение для рассмотрения по принадлежности не позднее, чем в семидневный срок, с извещением об этом заявителя.

5.9. В случаях, когда в обращениях наряду с вопросами, относящимися к компетенции ТФОМС, содержатся вопросы, подлежащие рассмотрению в других учреждениях, не позднее чем в семидневный срок в соответствующие учреждения направляются копии обращений или выписки из них, о чем извещают заявителей.

5.10. Не допускается направление обращения для рассмотрения в организации и (или) тем должностным лицам, действия которых обжалуются.

5.11. Обращения, связанные с деятельностью медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, могут быть рассмотрены в пределах компетенции ТФОМС и (или) направлены в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

5.12. Обращения, связанные с деятельностью медицинских учреждений, не работающих в системе ОМС, должны быть направлены в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации не позднее, чем в семидневный срок.

5.13. О передаче заявлений для рассмотрения в другие учреждения делаются соответствующие отметки в регистрационной карточке.

5.14. По результатам окончательного рассмотрения обращения в регистрационную карточку учета заносятся сведения о заявителе и рассмотренном обращении, указания об исполнителе, сроке исполнения, о характере обращения, причинах, проставляется дата отправления ответа заявителю. На тексте обращений надписи не делаются.

5.15. Письменное обращение, поступившее в ТФОМС в соответствии с его компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

5.16. В случаях, требующих проведения соответствующих проверок, изучения и истребования дополнительных материалов, принятия других мер, сроки рассмотрения могут быть, в порядке исключения, продлены заместителем исполнительного директора не более чем на 30 дней. При этом в течение месяца с момента поступления обращения его автору письменно сообщается о принятых мерах и о продлении срока рассмотрения обращения.

5.17. Исполнитель, получивший заявление для рассмотрения, обязан принимать меры к своевременной и полной его проверке, подготовке ответа, выявлению причин его подачи, и (или) формированию предложений по возможным путям устранения причин.

5.18. Обращения граждан считаются рассмотренными, если по всем вопросам, приняты необходимые меры, либо даны исчерпывающие ответы, соответствующие законодательству.

5.19. Ответ на обращение готовится на бланке ТФОМС и регистрируется в общем отделе или канцелярии.

5.20. Гражданам сообщается о решениях, принятых по их обращениям, в случаях неудовлетворительного решения дается мотивированный отказ с разъяснением порядка его обжалования.

5.21. Ответ на обращение подписывается исполнительным директором или заместителем исполнительного директора ТФОМС.

5.22. Вместе с сообщением о результатах рассмотрения обращения заявителю возвращаются поступившие от него подлинные документы, за исключением подлинного

экземпляра обращения, если они не подлежат направлению вместе с заявлением в другое учреждение для рассмотрения по принадлежности.

5.23. Ответ на обращение, поступившее в ТФОМС или должностному лицу по информационным системам общего пользования, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.

5.24. В случае поступления в ТФОМС обращения, направленного из ФОМС по принадлежности, ФОМС информируется о результатах рассмотрения обращения и о принятых по рассмотрению обращения мерах.

5.25. Обращения граждан, копии ответов на них и материалы, связанные с их обращением, формируются в дела в соответствии с утвержденной номенклатурой и хранятся постоянно.

5.26. Делопроизводство по обращениям граждан ведется сотрудниками общего отдела или канцелярии ТФОМС, структурного подразделения ТФОМС, ответственного за работу с обращениями граждан, а также сотрудниками информационного структурного подразделения ТФОМС при автоматизированной системе учета документооборота.

6. Личный прием граждан

6.1. Личный прием граждан в ТФОМС проводится их руководителями и уполномоченными на то лицами в установленные дни и часы. Информация о месте приема, а также об установленных для приема днях и часах доводится до сведения граждан.

6.2. При личном приеме гражданин предъявляет документ, удостоверяющий его личность.

6.3. Учет (регистрация) устных обращений граждан при личном приеме осуществляется в журнале или в электронной системе учета. Форма ведения журнала или электронной системы учета определяется ТФОМС.

6.4. В обязательном порядке журнал должен включать следующие разделы:

- дата обращения;
- ФИО, дата рождения обратившегося;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- категория (работающие/неработающие граждане, дети до 14 лет, инвалиды);
- тематика обращения;
- ФИО и должность уполномоченного за рассмотрение;
- результат рассмотрения;
- проведенные мероприятия.

6.5. Лицо, уполномоченное осуществлять личный прием граждан, руководствуясь законодательством Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами, в пределах своей компетенции вправе принять одно из следующих решений:

- удовлетворить просьбу, сообщив посетителю порядок и срок исполнения принятого решения;
- отказать в удовлетворении просьбы, разъяснив мотивы отказа и порядок обжалования принятого решения;
- принять письменное заявление, если поставленные посетителем вопросы требуют дополнительного изучения или проверки, разъяснив ему причины, по которым просьба не может быть разрешена в процессе приема, порядок и срок рассмотрения письменного обращения.

Если посетитель по каким-либо причинам не может самостоятельно в письменной форме изложить свою просьбу, лицо, осуществляющее прием, обязано оказать ему в этом необходимую помощь.

6.6. В случае, если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

6.7. Письменное обращение, принятое в ходе личного приема, подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном настоящим Положением.

6.8. В случае, если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию ТФОМС или должностного лица, осуществляющего прием, гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться и по возможности ему оказывается необходимое содействие.

6.9. В соответствии с пунктом 6 статьи 13 Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» в ходе личного приема гражданину может быть отказано в дальнейшем рассмотрении обращения, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

6.11. В случае, если устные обращения граждан приняты по телефону, даются устные ответы по вопросам, входящим в компетенцию ТФОМС.

6.12. Регистрируются устные обращения граждан, принятые по телефону в журнале в установленном порядке.

7. Контроль за соблюдением порядка рассмотрения обращений граждан.

Руководители ТФОМС и должностные лица, ответственные за работу с обращениями граждан осуществляют в пределах своей компетенции контроль за соблюдением порядка и сроков рассмотрения обращений, анализируют содержание поступающих обращений, принимают меры по своевременному выявлению и устранению причин нарушения прав, свобод и законных интересов граждан.

5. Управление сахарным диабетом

5.1. Классификация, диагностика, лечение сахарного диабета и его поздних осложнений

Наиболее полный перечень необходимых медицинских мероприятий по управлению диабетом приведен в кн. Методические рекомендации «Классификация, диагностика, лечение сахарного диабета и его поздних осложнений», Министерство здравоохранения РФ, 2002г. Ниже приведены основные положения этих рекомендаций.

Сахарный диабет – заболевание, главным симптомом которого является повышение уровня сахара в крови. Основными видами сахарного диабета являются диабет 1 и 2 типа.

К сожалению, последние годы число страдающих этим заболеванием увеличивается во всем мире, но пока достичь полного излечения невозможно (хотя специалисты и предполагают, что лет через 20 сахарный диабет будет излечим).

Самая главная цель в лечении болезни – поддержание уровня сахара в крови максимально приближенным к норме. Это достигается при комплексе мероприятий как медицинского характера, так и личных усилий диабетика.

На школах диабета, слушателем которых был каждый больной, подробно рассказывается о необходимости соблюдения диеты, снижения и поддержания нормального веса, необходимости ежедневного многократного самоконтроля сахара в крови при помощи индивидуального глюкометра – так как только при компенсации диабета (т.е. постоянного поддержания сахара в крови в пределах нормы) можно предупредить осложнения болезни.

Один из компонентов компенсации диабета и профилактики его осложнений – обязательный прием лекарственных препаратов, прописанных врачом, и проведение обследований по его направлению.

Однако в настоящее время, в условиях рыночной экономики, государство уже не предоставляет гражданам бесплатного медицинского обслуживания в полном объеме. А это значит, что сегодня больные, чтобы избежать поздних осложнений диабета, должны осознать необходимость платных медицинских обследований.

Сахарный диабет, если его плохо контролировать, может привести к неблагоприятным последствиям: из-за повышенного содержания сахара в крови постепенно возникают и очень быстро прогрессируют специфические для диабета осложнения со стороны глаз, почек, ног, а также неспецифические – со стороны сердечно-сосудистой системы. Коварство диабета заключается в том, что эти осложнения развиваются незаметно и поначалу никак не отражаются на самочувствии. К сожалению, справиться с осложнениями, уже проявившими себя, бывает очень трудно.

Рассмотрим это более подробно на основании Методических рекомендаций, утвержденных председателем секции по эндокринологии Ученого совета Минздрава РФ, Академиком РАМН, проф. И. Дедовым.

5.1.1. Классификация, диагностика и лечение сахарного диабета (МКБ -10)

Определение:

Сахарный диабет (шифр мкб-е 10) - гетерогенный синдром, обусловленный абсолютным (диабет типа 1) или относительным (диабет типа 2) дефицитом инсулина, который вначале вызывает нарушение углеводного обмена, а затем всех видов обмена веществ, что в конечном итоге приводит к поражению всех функциональных систем организма.

Этиологическая классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999)

Сахарный диабет типа 1 (деструкция β -клеток, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности)

А. Аутоиммунный

Б. Идиопатический

Сахарный диабет типа 2 (от преимущественной резистентности к инсулину с относительной инсулиновой недостаточностью до преимущественного секреторного дефекта с инсулиновой резистентностью или без нее).

Другие специфические типы диабета

А. Генетические дефекты β -клеточной функции

Б. Генетические дефекты в действии инсулина

В. Болезни экзокринной части поджелудочной железы

Г. Эндокринопатии

Д. Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями

Е. Инфекции

Ж. Необычные формы иммунно-опосредованного диабета

Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с диабетом

Гестационный сахарный диабет

В новой классификации сахарный диабет подразделяется на диабет типа 1 и 2. Для указания типа диабета следует использовать арабские, а не римские цифры. Исключение в названии заболевания прилагательных - «инсулинозависимый» или «инсулинонезависимый» связано с тем, что до последнего времени основанием для соответствующего диагноза служила проводимая терапия диабета, т.е. необходимость применения инсулинотерапии, а не его патогенез, что не соответствует современному уровню развития диабетологии. К сахарному диабету тип 2 относятся нарушения углеводного обмена, сопровождающиеся выраженной инсулинорезистентностью, с дефектом секреции инсулина или с преимущественным нарушением секреции инсулина и умеренной инсулинорезистентностью. Если в предыдущей классификации к этому типу относили сахарный диабет типа MODX то в настоящей классификации он включен в подраздел « Генетические дефекты (3-клеточной функции)». Основанием для этого послужили исследования, результаты которых показывают, что все 5 подтипов диабета MODX также как и митохондриальный диабет являются моногенно наследуемыми заболеваниями.

Как и прежде основной задачей лечения сахарного диабета является его ранняя диагностика и достижение компенсации сахарного диабета на протяжении всей жизни больного, что предотвращает развитие и прогрессирование поздних осложнений.

Эти вопросы нашли свое дальнейшее развитие в опубликованном в ноябре 1999г. научном докладе Комитета экспертов ВОЗ, посвященном вопросам классификации и диагностическим критериям сахарного диабета.

Диагностические критерии всех типов сахарного диабета представлены в таблице №5.

Таблица №5

Диагноз сахарный диабет и другие категории гипергликемии (ВОЗ,1999)

	Концентрация глюкозы в ммоль/л (мг/дл)			
	Цельная кровь		Плазма	
	Венозная	Капиллярная	Венозная	Капиллярная
Сахарный диабет				
Натощак	>6,1 (>110)	>6,1 (>110)	>7,0 (>126)	>7,0 (>126)
Через 2 часа после нагрузки глюкозой или оба показателя	> 10,0 (>180)	>11,1 (>200)	>11,1 (>200)	> 12,2 (>220)

	Концентрация глюкозы в ммоль/л (мг/дл)			
	Цельная кровь		Плазма	
	Венозная	Капиллярная	Венозная	Капиллярная
Нарушенная толерантность к глюкозе				
Натощак (если определяется)	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	< 7,0 (<126)	< 7,0 (<126)
Через 2 часа после нагрузки глюкозой	>6,7 (>120) и < 10,0 (<180)	> 7,8 (>140) и <11,1 (<200)	> 7,8 (>140) и <11,1 (<200)	> 8,9 (>160) и < 12,2 (<220)
Нарушенная гликемия натощак				
Натощак	>5,6 (>100) и <6,1 (<110)	>5,6 (>100) и <6,1 (<110)	>6,1 (>110) и < 7,0 (<126)	>6,1 (>110) и < 7,0 (<126)
Через 2 часа (если определяется)	<6,7 (<120)	< 7,8 (<140)	<7,8 (140)	<8,9(160)

В соответствии с указанными рекомендациями ВОЗ (табл.№1) диагностическое значение имеют следующие уровни глюкозы плазмы крови натощак:

- **нормальное** содержание глюкозы в плазме крови натощак составляет до 6,1 ммоль/л (<110мг/дл);
- содержание глюкозы в плазме крови натощак от >6,1 (>110 мг/100дл) до < 7,0 ммоль/л (< 126 мг/дл) определяется, как **нарушенная гликемия натощак**;
- уровень гликемии в плазме крови натощак > 7,0 (>126 мг/дл) расценивается как предварительный диагноз **сахарного диабета**, который должен быть подтвержден, повторным определением содержания глюкозы в крови в другие дни.

В случае проведения перорального глюкозотолерантного теста отправными являются следующие показатели:

- **нормальная толерантность** к глюкозе характеризуется содержанием гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой < 7,8 ммоль/л (< 140 мг/дл);
- повышение концентрации глюкозы в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой > 7,8 ммоль/л (>140 мг/дл), но ниже < 11,1 ммоль/л (< 200 мг/дл) свидетельствует о **нарушенной толерантности к глюкозе**;
- содержание глюкозы в плазме венозной крови через 2 часа после нагрузки глюкозой >11,1 ммоль/л (> 200 мг/дл) свидетельствует о предварительном диагнозе **сахарный диабет**, который должен быть подтвержден последующими исследованиями, как указано выше.

Таким образом, диагноз сахарного диабета может быть поставлен при повышении уровня глюкозы в плазме крови натощак >7,0 ммоль/л (> 126 мг/дл) и в капиллярной крови >6,1 ммоль/л (> 110 мг/дл), (по классификации 1985 г. этот критерий равнялся > 7,8 ммоль/л (> 140 мг/100мл) или через 2 часа после нагрузки глюкозой - в цельной крови >10 ммоль/л (> 180 мг/100мл)).

1) Сахарный диабет типа 1 без осложнений (шифр E10)

Сахарный диабет типа 1 характеризуется разрушением бета- клеток островков Лангерганса и развитием абсолютного дефицита инсулина. Возраст больных может быть любой, но чаще это пациенты молодого возраста до 30 лет и дети. Клиническая картина характеризуется острым началом, выраженной гипергликемией, быстрым развитием выраженных метаболических нарушений (кетоацидоз), особенно в детском возрасте. У большинства пациентов обнаруживаются генетические (HLA - DR/DQ и другие гены IDDM) и иммунологические (аутоантитела к инсулину, цитоплазме бета-клетки, тирозинфосфатазе/фогрину, глутаматдекарбоксилазе) маркёры заболевания, которые для диагностики сахарного диабета в настоящее время не используются. Как правило, больные сахарным диабетом имеют повышенную жажду, учащенное мочеиспускание, быстро теряют массу тела. В возрасте старше 30 лет заболевание протекает менее манифестно, дефицит инсулина развивается медленнее и метаболические нарушения развиваются постепенно.

Для установления диагноза сахарного диабета необходимо провести следующие исследования:

Обязательные лабораторные методы исследования

Диагноз сахарного диабета должен быть обоснован результатами: по крайней мере трехкратным определением глюкозы в крови натощак;

и/или 2-х часового перорального глюкозотолерантного теста.

Пероральный глюкозотолерантный тест можно проводить в сомнительных случаях. Условья проведения теста стандартные и соответствуют требованиям ВОЗ.

Расчет кристаллической глюкозы: 1,75 г/кг массы тела ребенка, но не более 75 г.

Помимо определения уровня гликемии важное значение для целей диагностики имеют также результаты определения:

– **гликированного гемоглобина** (позволяет оценить состояние углеводного обмена в предшествующие 60-90 дней) или фруктозамина;

– глюкозы в моче;

– кетоновых тел в крови и моче;

– **гормональные исследования** (определение уровня С-пептида в плазме крови до и после стимуляции глюкозой или глюкагоном, или пробного завтрака).

Помимо выше перечисленного обязательные лабораторные исследования включают:

– Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторяют 1 раз в 10 дней);

– Биохимия крови: билирубин, холестерин, триглицериды, общий белок, кетоновые тела, АЛТ, АСТ, К, Са, Р, Na, мочевины, креатинин (при отклонении от нормы исследование повторяют по мере необходимости);

– Гликемический профиль (определение глюкозы в крови перед завтраком, обедом, ужином и через 1,5-2 часа после указанных приемов пищи, в случае необходимости определение глюкозы в крови проводится в 2 или 3 часа утра);

– Общий анализ мочи;

– Определение суточной глюкозурии;

– Суточный глюкозурический профиль в случае необходимости можно проводить повторно через 7-10 дней.

Дополнительно в случае необходимости и при имеющейся возможности могут быть проведены:

– **иммунологические исследования** (определение титра антител к островковым клеткам, тирозинфосфатазе/форину, инсулину, глутаматдекарбоксилазе);

– **генетические исследования** (определение протекторных и предрасполагающих маркеров - генов системы HLA и других IDDM генов).

Обязательные инструментальные методы исследования

Однократно:

– Электрокардиография;

– Рентгенография органов грудной клетки;

– Прямая офтальмоскопия при расширенных зрачках.

Дополнительные исследования:

– Консультация невропатолога;

– Консультация окулиста;

– Консультация гинеколога.

– Консультации других специалистов проводятся по показаниям.

Характеристика лечебных мероприятий

После установления диагноза и начала лечения препаратами инсулина проводится индивидуальное обучение больного по применению необходимой диеты, по технике введения инсулина, определению содержания глюкозы в крови с помощью тест-полоски или глюкометра, содержанию глюкозы и кетоновых тел в моче, правилам самопомощи при гипогликемии, даются рекомендации по использованию дозированной физической нагрузки.

Диагностика и лечение больных сахарным диабетом типа 1 у детей и взрослых проводится в условиях специализированного эндокринологического стационара.

Дальнейшее лечение и динамическое наблюдение за больными проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Цель лечения: подобрать режим введения инсулина, обеспечивающий поддержание нормогликемии и аглюкозурии, обучить больного правильно планировать питание, вводить инсулин, проводить самоконтроль, что является профилактикой развития острых и хронических осложнений сахарного диабета.

Режимы инсулинотерапии

Препаратами выбора для проведения инсулинотерапии являются препараты инсулина человека генно-инженерной или рекомбинантной технологии.

Лечение инсулином у больных сахарным диабетом типа 1 проводят с использованием базис-болюсного принципа, имитируя с помощью экзогенно вводимого инсулина различной продолжительности действия состояние уровня инсулина в крови, близкого к нормальной секреции инсулина. Обычно назначают инсулин средней продолжительности или продленного действия дважды в день (перед завтраком около 2/3 суточной дозы и перед сном около 1/3 от суточной дозы), создавая базальный уровень инсулина. Перед каждым основным приёмом пищи вводят инсулин короткого действия имитируя пиковую секрецию инсулина в ответ на прием пищи.

Режим введения инсулина подбирается как взрослому, так и ребенку индивидуально с целью обеспечения оптимального метаболического контроля.

Наиболее широко используются следующие **режимы инсулинотерапии:**

- инсулин короткого действия и средней продолжительности действия - перед завтраком и ужином (традиционный режим);
- инсулины короткого действия - перед завтраком, обедом и ужином; инсулин средней продолжительности действия- перед завтраком и ужином;
- инсулин короткого действия - перед завтраком, обедом и ужином; инсулин средней продолжительности действия - перед завтраком и на ночь (в 22 часа);
- инсулин короткого действия - перед завтраком, обедом и ужином; инсулин средней продолжительности действия - на ночь (в 22 часа).

Потребность в инсулине

Доза инсулина подбирается индивидуально под контролем гликемического профиля. Средняя суточная потребность в инсулине (СПИ) у взрослых составляет 40-60 ед, в среднем 0,6- 0,8 Ед/кг массы тела как у взрослых, так и у детей и подростков. Исключением является первый год заболевания, когда может развиваться «ремиссия» заболевания, сопровождающаяся резким снижением потребности в экзогенном инсулине, вплоть до его временной отмены.

Суточная потребность в инсулине (СПИ) для детей также подбирается индивидуально и изменяется с увеличением длительности заболевания и наступлением половой зрелости:

- во время фазы «ремиссии» суточная доза инсулина частоменее 0,5 Ед/кг;
- при длительной декомпенсации доза инсулина может увеличиваться до 1,5 Ед/кг и более (в большинстве случаев временно);
- в период препубертата СПИ составляет 0,6-1,0 Ед/кг;
- в период пубертата СПИ 1,0 - 2,0 Ед/кг;
- после пубертатного «скачка в росте» потребность в инсулине обычно снижается и соответствует потребности в период препубертата.

Дозу пролонгированного инсулина рассчитывают исходя из потребности в базисном инсулине, примерно - 1 Ед в час, что в сутки составляет 24-28 Ед. Это количество инсулина продленного действия вводят обычно в два приема: около 2/3 от указанной суточной дозы перед завтраком и около 1/3 от суточной дозы - перед сном. Инсулин короткого действия вводят из расчета уровня гликемии и предполагаемого количества потребленных углеводов (хлебных единиц (ХЕ)) в каждый прием пищи. Дозы рассчитывают исходя из того, что 1 Ед инсулина снижает уровень гликемии примерно на 2,22 ммоль/л, а 12 г. глюкозы (50 ккал) повышают его на 2,77 ммоль/л. При расчете необходимой дозы инсулина короткого действия, вводимого перед большими приемами пищи, учитывают, что для усвоения 12 г. глюкозы (1 ХЕ) или 50 ккал необходимо 1,4 Ед инсулина.

Коррекция дозы инсулина

Ежедневная коррекция дозы инсулина должна осуществляться в зависимости от следующих факторов:

- уровень гликемии в течение суток (профиль);

- содержание углеводов в каждый прием пищи;
- уровень и интенсивность физической нагрузки;
- наличие интеркуррентного заболевания;
- после изменения дозы инсулина как у детей, так и взрослых последующую коррекцию дозы инсулина средней продолжительности или длительного действия следует проводить не ранее чем через 2-3 дня.

Устройства для инъекций инсулина

Все дети, подростки, страдающие сахарным диабетом типа 1, а также беременные женщины, страдающие диабетом, больные с ослабленным зрением и ампутиацией нижних конечностей вследствие диабета должны быть обеспечены инъекторами инсулина (шприц-ручки);

- концентрация инсулина в картриджах для шприц-ручек составляет - 100 ЕД/мл;
- объём картриджа для шприц-ручек - 1,5 мл или 3 мл; иглы для шприц-ручек имеют длину - 8 мм или 12 мм; возможно также применение одноразовых пластиковых инсулиновых шприцов, калиброванных по концентрации и инсулина.

Техника инъекций инсулина

– инсулин короткого действия должен вводиться за 30 минут до приема пищи (при необходимости - за 40-60 мин); инсулин ультракороткого действия (ЛизПро и инсулин аспарт) вводится непосредственно перед приемом пищи, при необходимости после еды;

– инъекции инсулина короткого действия рекомендуется делать в подкожную клетчатку живота, инсулина средней продолжительности действия - бедер или ягодиц; инъекции инсулина рекомендуется делать глубоко в подкожную клетчатку через широко сжатую кожу под углом 45° или 90° - в том случае, если подкожно-жировой слой толще, чем длина иглы;

– рекомендуется ежедневная смена мест введения инсулина в пределах одной области в целях предупреждения развития липодистрофий.

Диета

– диета для взрослых и детей подбирается в соответствии с возрастом, семейными привычками питания, режимом дня; для больных, прошедших обучение в школе больных диабетом может быть рекомендована либерализованная диета с возможностью приема умеренного количества легкоусвояемых углеводов при условии применения интенсивной инсулинотерапии и адекватности доз инсулина короткого или ультракороткого действия.

– питание должно обеспечивать относительно стабильный гликемический профиль и способствовать хорошему метаболическому контролю;

– из повседневного рациона исключаются продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы;

– суточная калорийность должна покрываться на 55-60% за счёт углеводов, на 16-20% - белков и 24-30% - жиров; в рационе питания детей старшего возраста и взрослых должны преобладать продукты с низким содержанием жира, предпочтительнее включать продукты, содержащие ненасыщенные жирные кислоты (растительные масла); у детей дошкольного возраста употребление насыщенных жиров не должно быть ограничено;

– оптимальным для больного сахарным диабетом типа 1 должно быть 6 приемов пищи - 3 основных (завтрак, обед, ужин) и 3 дополнительных (второй завтрак, полдник и умеренный прием пищи перед сном);

– в каждый прием пищи детям необходимо принимать определенное количество углеводов. Количество продукта, содержащее 12 углеводов, носит название «Хлебная Единица» (ХЕ); необходимо документировать следующие продукты (считать хлебные единицы) - зерновые, жидкие молочные продукты, некоторые сорта овощей (картофель, кукуруза), фрукты; суточное количество ХЕ зависит от возраста и пола ребенка:

1-3 лет	10-11 ХЕ;
4-6 лет	12-13 ХЕ;
7-10 лет	15-6 ХЕ;

11-14 лет	18-20 ХЕ (мальчики);
11-14 лет	16-17 ХЕ (девочки);
15-18 лет	19-21 ХЕ (мальчики);
15-18 лет	17-18 ХЕ (девочки).

Физические нагрузки

Физические нагрузки всегда сугубо индивидуальны!

- физические упражнения повышают чувствительность к инсулину и снижают уровень гликемии, что может приводить к развитию гипогликемий;
- риск гипогликемий повышается в течение физической нагрузки и в ближайшие 12-40 часов после периода длительных тяжелых физических нагрузок;
- при легких и умеренных физических нагрузках продолжительностью не более 1 часа требуется дополнительный прием углеводов до и после занятий спортом (15 г. легко усваиваемых углеводов на каждые 40 мин занятий спортом);
- при умеренных физических нагрузках продолжительностью более 1 часа и интенсивном спорте необходимо снижение дозы инсулина, действующего во время и в последующие 6-12 часов после физической нагрузки на 20-50%;
- уровень глюкозы в крови нужно измерять до, во время и после физической нагрузки;
- при декомпенсированном сахарном диабете, особенно в состоянии кетоза, физические нагрузки противопоказаны.

Продолжительность стационарного лечения зависит от тяжести состояния больного, интенсивности лечебных мероприятий и объема исследований.

При неосложненном сахарном диабете без сопутствующих заболеваний длительность стационарного лечения обычно составляет 14-18 дней. В случае одномоментного обучения в «Школе самоконтроля» длительность пребывания больного в стационаре увеличивается до 3-4-х недель. Дальнейшее лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Всем больным сахарным диабетом следует рекомендовать обучение в «Школе диабета», которое следует повторять через каждые 5 лет.

Для **профилактики поздних осложнений** сахарного диабета необходимым является следующее обследование каждого больного:

- Гликированный гемоглобин HbA1c - 1 раз в квартал;
- Микроальбуминурия - 1 раз в год, а через 3-4 года - 1 раз в 6 мес.;
- Осмотр офтальмолога (прямая офтальмоскопия с широким зрачком) - 1 раз в год, после 3-4 лет от начала заболевания - по показаниям чаще;
- Контроль АД - при каждом посещении врача;
- Осмотр ног - при каждом посещении врача;
- Биохимический анализ крови: билирубин, холестерин, триглицериды, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, К, Na - 1 раз в год при отсутствии осложнений;
- ЭКГ - по показаниям;
- Рентгенография органов грудной клетки - 1 раз в год;
- Консультация невропатолога - по показаниям;

При появлении признаков хронических осложнений сахарного диабета, присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска, вопрос о частоте обследований решается индивидуально.

Самоконтроль сахарного диабета

Самоконтроль - это комплекс мероприятий, проводимых больным в домашних условиях, с целью поддержания стойкой компенсации сахарного диабета.

- принципам самоконтроля взрослые, дети и члены их семей обучаются в специально организованных «Школах самоконтроля»; «школах для больного диабетом»;
- в задачи обучения входит дать основные теоретические и практические навыки по основным вопросам сахарного диабета (клинические проявления, роль компенсации обмена веществ, применение различных средств самоконтроля, вопросы инсулинотерапии, планирование питания и физической нагрузки, коррекция дозы инсулина в зависимости от различных факторов);
- обучение может быть индивидуальным и групповым;

- процесс обучения должен быть разделен на 3 этапа:
- пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом и их родственников необходимо снабдить корректной информацией о сахарном диабете и его последствиях и минимуме знаний, дающих возможность применять самоконтроль;
- через 4-6 месяцев пациенты с недавно выявленным диабетом проходят обучение в течение 5-7 дней в «Школе самоконтроля», организованной в стационаре или амбулаторно, по специальной унифицированной программе.
- через 1-2 года пациенты и их родственники должны пройти повторный курс обучения для закрепления и обновления знаний о диабете.

Адекватность терапии сахарного диабета остается самым актуальным вопросом, так как установлено, что гипергликемия является пусковым моментом многих патогенетических механизмов, способствующих развитию сосудистых осложнений. Строгой компенсацией диабета, т.е. поддержанием нормальной (или близко к нормальной) концентрации глюкозы в крови в течение длительного времени, удается задержать или отсрочить время появления поздних осложнений сахарного диабета.

Все лечебные мероприятия по терапии сахарного диабета направлены на достижение компенсации углеводного обмена и содержание глюкозы в плазме крови должно приближаться к тем показателям, которые имеются у здорового человека.

Используемые в настоящее время во всех странах мира критерии компенсации сахарного диабета типа 1 были предложены Европейской группой экспертов ВОЗ и МФД (международной федерации по диабету) в 1998 г., которые представлены в таблице № 6.

Таблица № 6

Биохимические показатели контроля диабета типа 1

Показатели	Здоровые	Адекватный контроль	Неадекватный контроль
Глюкоза (ммоль/л)			
натощак/до еды	4.0-5.0 (70-90 мг/дл)	5.1-6.5 (91-120 мг/дл)	>6.5 (>120 мг/дл)
после еды (пик)	4.0-7.5 (70-135 мг/дл)	7.6-9.9 (136-160 мг/дл)	>9.0 (>160 мг/дл)
перед сном	4.0-5.0 (70-90 мг/дл)	6.0-7.5 (110-135 мг/дл)	>7.5 (>135 мг/дл)
HbA1c (стандартизация по DCCT в %)	<6.1	6.2-7.5	>7.5

У детей раннего возраста нормальный уровень гликированного гемоглобина может быть достигнут ценой серьезных гипогликемических состояний, поэтому, в крайних случаях, считается допустимым:

- уровень HbA1 в крови до 8,8-9,0%;
- содержание глюкозы в моче 0 - 0,05% в течение суток;
- отсутствие тяжелых гипогликемий;
- нормальные темпы физического и полового развития.

Требования к результатам лечения

В результате проведенного лечения должна быть достигнута полная компенсация показателей углеводного и липидного обмена.

Уровень глюкозы в крови не должен быть выше 6,1 ммоль/л перед каждым приемом и не более 7,8 ммоль/л через 2 часа после еды. В моче должна быть аглюкозурия. Уровень гликогемоглобина HbA1 не должен превышать 8%, а HbA1c - не более 6,5%. Должны отсутствовать гипогликемии, ацетонурия. Вес пациента должен быть стабильным.

При выписке из стационара больной должен владеть навыками выполнения инъекций инсулина, определения у себя содержания глюкозы крови и мочи, иметь представление о гипогликемии и уметь ее купировать.

У некоторых больных (лабильное течение диабета, заболевания печени и почек) критерии компенсации углеводного обмена при выписке из стационара могут быть

менее строгими, поскольку для хорошей адаптации к нормогликемии и аглюкозурии требуется более продолжительный период времени - до 6 месяцев. По этой причине снижение гликемии должно производиться с помощью увеличения доз инсулина постепенно, чтобы обеспечить медленное снижение гликогеоглобина приблизительно на 1% в месяц против исходного. Допустимо в этих случаях считать компенсацией следующие показатели: глюкоза натощак 6,2 - 7,8 ммоль/л, через 2 часа после еды - 7,8 - 9,5 ммоль/л, HbA1c < 9,5%, HbA1c < 7,5% и в моче менее 0,5%.

2) Сахарный диабет типа 2 без осложнений (Шифр E11)

Определение:

Сахарный диабет типа 2 обусловлен сочетанием 2-х основных факторов: инсулиновой резистентности и дефицитом секреции инсулина, соотношение которых подвержено значительным колебаниям у отдельно взятого больного, что, естественно, диктует необходимость индивидуального подхода к лечению диабета. Сахарный диабет типа 2 встречается, в основном, у больных старше 40 лет. Однако в последние годы сахарный диабет типа 2, чаще чем в предыдущие годы, диагностируется у детей.

Диагностические критерии сахарного диабета представлены выше.

Обследование

Обязательные лабораторные исследования:

- Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторяют 1 раз в 10 дней);
- Биохимия крови: билирубин, холестерин, триглицериды, общий белок, кетоновые тела, АЛТ, АСТ, К, Са, Р, Na, мочевины, креатинин (при отклонении от нормы исследование повторяют по мере необходимости);
- Гликемический профиль (определение глюкозы в крови натощак, через 1,5-2 часа после завтрака, перед обедом, через 1,5-2 часа после обеда, перед ужином, через 1,5-2 часа после ужина, в 3 часа ночи проводят 2-3 раза в неделю);
- Общий анализ мочи с определением содержания глюкозы, а в случае необходимости - определение содержания ацетона.

Обязательные инструментальные исследования:

Однократно:

- Электрокардиография;
- Рентгенография органов грудной клетки;
- Прямая офтальмоскопия при расширенных зрачках;
- Проба Реберга и доплерография сосудов нижних конечностей (по показаниям).

Дополнительные исследования:

- Консультация невропатолога;
- Консультация окулиста;
- Консультация гинеколога;
- Консультации других специалистов проводятся по показаниям.

Задачей терапии сахарного диабета типа 2 является достижение компенсации углеводного обмена на протяжении длительного времени, что является обязательным условием профилактики поздних осложнений диабета. Сахарный диабет типа 2 отличается по многим патогенетическим механизмам и биохимическим показателям от сахарного диабета типа 1, поэтому для больных сахарным диабетом типа 2 предложены критерии компенсации углеводного обмена, отличающиеся от тех, которые применяются при терапии больных сахарным диабетом типа 1.

Важно отметить, что многими врачами сахарный диабет типа 2 воспринимается как заболевание легкого течения или легкой формой сахарного диабета. Часто это связано с предположением о менее строгих критериях компенсации сахарного диабета типа 2, что не соответствует действительности. Европейское бюро Международной Федерации диабетологов и Европейское бюро ВОЗ в 1998г. предложили новые критерии компенсации обмена веществ у больных сахарным диабетом типа 2, которые представлены в таблице № 7.

Таблица № 7

Критерии компенсации углеводного обмена у больных диабетом типа 2.

Показатели	Низкий риск	Риск макроангиопатии	Риск микроангиопатии
НbA1c(%)	<6,5	>6,5	>7,5
Глюкоза плазмы венозной крови			
Натощак / перед едой			
• ммоль/л	<6,1	>6,1	>7,0
• мг/дл	<110	> 110	> 126
Глюкоза капиллярной крови (самоконтроль)			
Натощак / перед едой			
• ммоль/л	<6,1	>6,1	>7,0
• мг/дл	< 110	> 110	> 126
После еды (пик)			
• ммоль/л	<7,5	<7,5	>9,0
• мг/дл	< 135	< 135	> 160

При сахарном диабете типа 2 нарушения углеводного обмена сочетаются с выраженными изменениями липидного обмена. В этой связи при рассмотрении компенсации метаболических процессов следует учитывать и показатели состояния липидного обмена, которые относятся к факторам риска развития сосудистых осложнений диабета. Европейская группа экспертов по изучению сахарного диабета (1998) рекомендует следующие критерии оценки степени нарушения липидного обмена у больных сахарным диабетом типа 2, которые представлены в таблице № 8.

Таблица № 8

Критерии состояния липидного обмена у больных сахарным диабетом типа 2

Показатели	Низкий риск	Риск макроангиопатии	Риск микроангиопатии
Общий холестерин			
• ммоль/л	<4,8	4,8 - 6,0	>6,0
• мг/дл	< 185	185-230	>230
Холестерин ЛНП			
• ммоль/л	<3,0	3,0-4,0	>4,0
• мг/дл	> 115	115-155	> 155
Холестерин ЛВП			
• ммоль/л	>1,2	1,0-1,2	< 1,0
• мг/дл	>46	39-46	<39
Триглицериды			
• ммоль/л	<1,7	1,7-2,2	>2,2
• мг/дл	< 150	150-200	>200

Адекватность терапии сахарного диабета остается самым актуальным вопросом, так как установлено, что гипергликемия является пусковым фактором многих патогенетических механизмов, способствующих развитию сосудистых осложнений. Строгой компенсацией диабета, т.е. поддержанием нормальной (или близко к нормальной) концентрации глюкозы в крови в течение длительного времени, удастся задержать или отсрочить время появления поздних осложнений сахарного диабета.

Характеристика лечебных мероприятий

Терапия сахарного диабета типа 2 комплексная и включает в себя несколько компонентов: диета, медикаментозная терапия, физические нагрузки, обучение больного и самоконтроль, профилактика и лечение поздних осложнений диабета.

Диета:

а) Физиологическая по составу и соотношению (60% углеводов, 24% жиров, 16% белков от общей калорийности пищи) основных ингредиентов, покрывающая все энергетические затраты в зависимости от степени физической активности (характера трудовой деятельности) и обеспечивающая поддержание нормальной «идеальной» массы тела;

б) При избытке массы тела рекомендуется гипокалорийная диета из расчета: 20-25 ккал на 1 кг «идеальной» массы тела, суточная калорийность пищи 1600-1800 ккал;

в) 4-5 кратный приём пищи в течение дня, со следующим распределением между приемами калорийности суточного рациона в процентах: 30% на завтрак, 40% на обед, 10% на полдник, 20% на ужин;

г) Исключение легкоусвояемых углеводов, ограничение, вплоть до исключения приема алкоголя;

Достаточное содержание клетчатки (волокон);

Ограничение жиров животного происхождения, при этом около 40-50% из общего количества жиров должны быть растительного происхождения;

Диета в виде монотерапии проводится до тех пор, пока на фоне ее применения удается поддерживать полную компенсацию сахарного диабета.

Медикаментозная терапия сахарного диабета типа 2

Для лечения сахарного диабета типа 2 применяются пероральные сахароснижающие препараты, комбинированное лечение (пероральные препараты + инсулин) и у больных с инсулинопотребной формой сахарного диабета типа 2 - инсулинотерапия.

Пероральные сахароснижающие препараты представлены следующими группами:

а) препараты стимулирующие секрецию инсулина

сульфонилмочевинные препараты и производные аминокислот;

б) бигуаниды;

в) ингибиторы α -глюкозидаз;

г) глитазоны или сенситайзеры инсулина.

д) **Секретогены или стимуляторы секреции инсулина** – оказывают влияние на усиление выработки эндогенного инсулина механизмом, включающим закрытие АТФ-чувствительных калиевых каналов, с последующей деполяризацией мембраны β -клетки, открытием Ca^{2+} -вольтаж-зависимых каналов, увеличением поступления ионов кальция в клетку с повышением его цитозольного уровня, что и является триггером секреции инсулина. Секретогенами инсулина являются препараты сульфонилмочевины первой и второй генерации. Из всех препаратов первой группы в России разрешен к клиническому применению только хлорпропамид, все остальные препараты сульфонилмочевины являются препаратами второй генерации.

а) Препараты из группы производных сульфонилмочевины

– хлорпропамид (1 генерация) по 250 мг/сут 1 или 2 раза в сутки;

– глибенкламид (глибурид, даонил, манинил, зуглюкон) 1,25-20 мг/сут, в том числе микронизированные формы манинила 1,75 и 3,5 мг;

– глипизид (глибенез, глибенез ретард (препарат пролонгированного действия), минидиаб) по 1,25-40 мг/сут;

– гликлазид (диабетон, диабетон МВ (препарат пролонгированного действия), диабрезид, предидан, реклид) по 80-320 мг/сут;

– гликвидон (глюренорм) по 30 -120мг/сут;

– глимепирид (амарил, единственный препарат первичного пролонгированного действия) по 1-8 мг/сут.

Препараты, производные аминокислот, обладающие коротким периодом действия:

– репаглинид (новонорм) в дозах 0,5-2 мг перед приемом пищи в суточной дозе до 6-8 мг;

– натеглинид (старликс) в дозе по 40-60 мг перед приемом пищи.

б) Препараты из группы бигуанидов:

– N,N-диметилбигуанид (глиформин, глюкофаж, метформин, сиофор) по 500-850 мг х 2 раза /сут

в) Ингибиторы α-глюкозидаз:

– акарбоза (глюкобай) по 150-300 мг/сут в 3 приёма во время еды.

г) Глитазоны или сенситайзеры инсулина:

– пиоглитазон (актос) в дозе 30 мг 1 раз в день.

Указанные препараты можно использовать в качестве монотерапии или комбинации представителей различных групп.

К сахарному диабету типа 2 инсулинопотребной формы относятся случаи сахарного диабета, при которых применение диетотерапии и лечения пероральными сахароснижающими препаратами в достаточных терапевтических дозах не приводит к компенсации углеводного обмена. Это больные с длительным течением сахарного диабета типа 2 (несколько лет или десятки лет) или больные, у которых изначально имеется выраженный дефицит секреции инсулина. Последнюю группу составляют больные сахарным диабетом типа 2, имеющие нормальную массу тела и нормальный базальный уровень инсулина в крови, но в ответ на стимуляцию секреции инсулина отмечается различной степени недостаточность такой секреции.

Препаратами выбора инсулина в таких случаях являются комбинированные препараты комбинированного действия (инсуман комб 25 ГТ; микстард - 30; хумулин профиль 3) в режиме двухкратного применения (перед завтраком и ужином) и в случае недостаточной компенсации углеводного обмена при этом необходимо переходить на применение инсулина короткого и средней продолжительности действия в индивидуальных соотношениях для каждого больного.

Профилактика и лечение поздних осложнений сахарного диабета

Профилактика осложнений сахарного диабета включает проведение, помимо перечисленного выше, дополнительного комплекса следующих мероприятий:

– компенсация нарушений углеводного обмена (нормогликемия, аглюкозурия) проведением адекватного и правильного лечения сахарного диабета;

– компенсацию жирового обмена соответствующей гиполипидемической терапией: диета с ограничением жиров и при необходимости назначение медикаментозных средств (статины, фибраты, препараты никотиновой кислоты и др.);

– обеспечение нормального уровня АД (в случае гипертензии применение соответствующей антигипертензивной терапии);

– обеспечение равновесия свертывающей и противосвертывающей систем крови.

Профилактика поздних осложнений включает сохранение стойкой компенсации углеводного обмена на протяжении длительного времени и раннее выявление начальных стадий поздних осложнений диабета. Для выявления наиболее ранних и первых изменений на сетчатке глаза, указывающих на развитие диабетической ретинопатии (ДР) необходимо регулярно проводить исследование глазного дна у больных, страдающих сахарным диабетом типа 1, обычно 1 раз в 2 года в течение первых 8-10 лет болезни, а затем 1 раз в год при длительности заболевания более 10 лет. При сахарном диабете типа 2 исследование глазного дна проводятся 1 раз в год первые 5 лет, а затем 1 раз в 6 месяцев.

Для лечения ДР при новообразовании сосудов дополнительно показана лазерная коагуляция. В случае тракционных осложнений, связанных с развитием соединительной ткани или кровоизлияний в стекловидное тело необходимо проведение витрэктомии (более подробно см. ниже).

Для выявления начальных стадий диабетической нефропатии необходимо определение микроальбуминурии с периодичностью 1 раз в 6 месяцев. При появлении признаков почечной недостаточности дополнительно рекомендуется диета с ограничением животного белка (до 40 г в сутки) и поваренной соли (до 5 г. в сутки), применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, проведение дезинтоксикационной терапии. В случае продолжающегося ухудшения функции почек - гемодиализ, перитонеальный диализ (более подробно см. ниже).

Продолжительность стационарного лечения

Зависит от тяжести состояния больного, интенсивности лечебных мероприятий и объема исследований, в среднем составляет 10-14 дней.

5.1.2. Гипогликемия, гипогликемическая кома (острые осложнения сахарного диабета)

Определение:

Гипогликемия - наиболее частая неотложная ситуация у детей и взрослых, страдающих сахарным диабетом, сопровождающаяся снижением содержания глюкозы крови ниже 3,3 ммоль/л, адренергическими и глюकोпеническими (нейрогликемическими) симптомами.

Обязательное лабораторное исследование

Определение уровня гликемии (однократно) в капиллярной крови с помощью глюкометра или диагностических тест-полосок визуально.

Характеристика лечебных мероприятий

Комплекс лечебных мероприятий направлен на снятие «глюкозного» голодания головного мозга в зависимости от уровня сахара крови:

При гликемии от 3.3 до 2.0 ммоль/л - прием одного из нижеперечисленных легкоусвояемых углеводов:

- глюкоза: 20г на стакан,
- сахар: 2-6 кусков (предпочтительно в растворенном виде),
- стакан фруктового сока или лимонада;

При отсутствии эффекта через 5-10 мин повторить прием одного из вышеперечисленных средств;

После купирования гипогликемии - прием медленн усвояемых углеводов (хлеб, каша, картофельное пюре и т. д.) для предотвращения повторного приступа;

При гликемии от 2.0 до 1.2ммоль/л (кома):

- глюкоза 40% в/в: 0,2 - 0,5 мл/кг (20 - 80 мл),
- глюкагон в/м, п/к:

0,2-0,5 мг до 10 лет,

1,0-2,0 мг старше 10 лет,

После выведения больного из комы продолжить лечение пероральным приемом углеводов, поддерживая уровень сахара в крови не менее 10 ммол/л;

При невозможности проведения в/м или в/в мероприятий до приезда «скорой помощи» возможно втирание меда, варенья, глюкозного геля в слизистую оболочку щек или десен (чрезслизистое всасывание глюкозы);

Больной в сознании - дробное введение инсулина 2-4-6 ЕД п/к под контролем гликемии в течение 2-3 суток, затем перевод на традиционную терапию.

Требования к результатам лечения

- Восстановление ясного сознания больного;
- Профилактика повторных гипогликемических состояний;
- Предупреждение развития выраженной гипогликемии на гипогликемическое состояние;
- Нормализация показателей гликемии в течение суток в соответствии с критериями компенсации, представленными в предыдущих разделах.

5.1.3. Диабетический кетоацидоз, диабетическая кома (Шифр Е 10.0-10.1)

Определение

Диабетический кетоацидоз и кетоациidotическая (КА) кома - острое осложнение сахарного диабета, развивающееся как у детей, так и взрослых с впервые выявленным сахарным диабетом вследствие абсолютной или относительной инсулиновой недостаточности. КА кома чаще всего развивается у больных сахарным диабетом типа 1, характеризующимся тяжёлым и лабильным течением.

Диабетическая кома характеризуется постепенным развитием (общая слабость, вялость, сонливость, шум в ушах, снижение аппетита, тошнота, неопределённые боли в животе, жажда, учащённое мочеиспускание) с переходом в сумеречное состояние, а затем, собственно - в кому, при которой наблюдается глубокое и шумное дыхание типа Куссмауля с резким запахом ацетона в выдыхаемом воздухе, выраженная гипотония (особенно диастолическая), частый малого наполнения пульс, задержка мочи, несколько втянутый и ограниченно участвующий в акте дыхания живот. Ослабленные до этого сухожильные рефлексы постепенно полностью исчезают, на некоторое время сохраняются еще зрачковые и глотательные рефлексы, имеется выраженная дегидра-

тация организма (сухая шершавая кожа пепельно-матовой окраски, взятая в складку не расправляется). Температура тела чаще всего понижена, даже при тяжелых сопутствующих инфекционных заболеваниях она повышается незначительно.

Больной с кетоацидотической комой должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, по крайней мере, в первые 6 часов.

Пребывание в стационаре - 3 недели.

Обязательное лабораторное исследование:

- определение уровня глюкозы крови;
- определение уровня кетоновых тел в крови и моче;
- исследование КЩС (рН-крови);
- определение электролитов: K, Na;
- определение креатинина и мочевины в крови и моче;
- определение холестерина и липидов в сыворотке крови;
- общего анализа крови;
- общего анализа мочи и объем выделяемой мочи;
- ЭКГ, артериальное давление (АД);
- неврологическое обследование;
- термометрия.

Характеристика лечебных мероприятий

Лечение проводится в специализированных отделениях реанимации больниц и стационаров.

Борьба с дегидратацией у взрослых - переливание физиологического раствора: 1-й час - 500 мл - не более 1 л; 2-й и 3-й час по 500 мл, в последующем до 300 мл/час. В дальнейшем по мере восстановления гемодинамических показателей скорость инфузии снижается. Более интенсивная внутривенная инфузия жидкости допустима только под непрерывным контролем за центральным венозным давлением (ЦВД) с помощью постоянного центрального венозного катетера, особенно у больных с сопутствующей сердечной недостаточностью, а также при инфаркте миокарда. В случае наличия гипернатриемии - 15 ммоль/л и более вместо 0,9% раствора натрия хлорида переливают 0,45% раствор натрия хлорида, а затем переходят на переливание 0,9% раствора.

У детей, находящихся в диабетической коме проводится:

– в течение 1-го часа переливание изотонического р-ра NaCl (0,9%) в/в капельно (20 мл на кг веса),

Суточная потребность детей в жидкости: до 1 года -1000 мл (1 л);

- 1 - 5 лет - 1500 мл;
- 5 -10 лет - 2000 мл;
- 10 -15 лет - 2000 - 3000 мл.

В первые 6 часов вводится 50% жидкости, в следующие 6 часов - 25% и в оставшиеся 12 часов - 25% от суточной расчетной (восполнение жидкости проводят в течение 48-72 часов).

Ликвидация инсулиновой недостаточности проводится путем введения экзогенного инсулина короткого действия в виде постоянной внутривенной инфузии со скоростью 5-10 ЕД/час (из расчета 0,08 - 0,1 ЕД/кг/час). Контроль гликемии проводится каждый час и при снижении уровня глюкозы до 11-13 ммоль/л, скорость инфузии инсулина уменьшается на 2-4 ЕД/час с таким расчетом, чтобы показатель гликемии оставался в пределах 8,33- 11,1 ммоль/л до нормализации рН крови; затем инсулин вводят подкожно по 12 ЕД каждые 4 часа или 4-6 ЕД каждые 2 часа. После снижения гипергликемии до 11-13 ммоль/л, вместо 0,9% раствора натрия хлорида начинают внутривенную инфузию 5% раствора глюкозы, которая необходима для восстановления запаса гликогена в организме и предупреждения гипогликемии. Скорость введения 5% раствора глюкозы зависит от гемодинамического статуса на данный момент. Вместо внутривенной инфузионной терапии инсулином возможно внутримышечное его введение. При этом в начале в дельтовидную мышцу вводят 20 ЕД инсулина короткого действия, а затем каждый час по 5-10 ЕД внутримышечно (использовать иглу для внутримышечных инъекций) с одновременным контролем гликемии, глюкозурии и кетонурии. После снижения гликемии до 11-13 ммоль/л переходят на подкожное введение инсулина. Если в течение первых 2-х часов от начала внутримышечного введения инсулина гликемия не снижается, то необходимо перейти на инфузионный метод введения инсулина.

Инсулиноterapia при диабетической коме у детей и подростков

Инсулин короткого действия в/в капельно в виде постоянной внутривенной инфузии в дозе 0,1 ЕД/кг веса в течение 1-го часа. Уровень гликемии (а также пульс, АД, ЭКГ) - определяется ежедневно. Скорость снижения гликемии должна быть около 10% в час от исходного уровня.

Если гликемия в течение первых 2 часов лечения не снизилась на 20% от исходного, то доза вводимого инсулина увеличивается до 0,15-0,2 ЕД на кг веса.

При снижении сахара крови до 14,0-13,0 ммоль/л - инсулин вводить в дозе 0,05 ЕД/кг с 5% р-ром глюкозы (500 мл за 4-6 часов) для предотвращения гипогликемии, на каждые 100мл 5% р-ра глюкозы 2-3 ЕД инсулина, при гликемии меньше 10,0 ммоль/л - не более 1 ЕД. инсулина

При гликемии до 10,0 ммоль/л - инсулин вводится п/к или в/м в дозе 0,1 -0,25 ЕД/кг каждые 3-4 часа.

При нормализации обменных процессов инсулиноterapia п/к или в/м дробно в дозе 0,5-1 ЕД/кг, 5-6 инъекций.

Восстановление содержания электролитов в организме

Дефицит натрия, как и хлоридов ликвидируется путем инфузии 0,9% раствора натрия хлорида. Для успешного лечения диабетической комы необходимо постоянно поддерживать калиемию в пределах нормы - около 4 ммоль/л. Именно этот показатель служит индикатором как для момента начала, так и для интенсивности внутривенной инфузии раствора калия хлорида. Если уровень калия в сыворотке крови выше 5 ммоль/л, скорость его инфузии составляет 8 ммоль/час (1 ммоль KCl=0,075г). Если уровень калия ниже 5 ммоль/л, то скорость его инфузии увеличивается до 15-20 ммоль/час. Часто несмотря на заместительную инфузионную калиевую терапию со скоростью 15- 20 ммоль/час, в процессе лечения диабетической комы развивается не гипер-, а гипокалиемия, т. е. уровень калия опускается ниже 4 ммоль/л. В этом случае скорость инфузии раствора калия увеличивают до 40-50 ммоль/час. В большинстве случаев диабетической комы необходимость введения препаратов калия возникает спустя 20-30 минут после начала регидратации и инсулинотерапии. Но основным критерием начала инфузионной калиевой терапии являются исследование исходного уровня калия и результаты последующих (каждые 1-2 часа) определений калиемии.

У детей, находящихся в диабетической коме, инфузия калия начинается вслед за инсулинотерапией (одновременно или через 20 минут) из расчета 10% раствор калия хлорида 1,5-3 мл на 1 кг массы тела, при его уровне в крови ниже 4-5 ммоль/л.

Коррекция кислотно-основных нарушений

Как правило, адекватная терапия кетоацидоза ликвидирует причины гиперпродукции кетоновых тел и лактата, а при сохраненной функции почек канальцевая продукция гидрокарбонатных ионов быстро приводит к восполнению дефицита оснований и к устранению ацидоза. Однако, если pH артериальной крови снижается до 7,0 и ниже, а концентрация гидрокарбоната в сыворотке крови становится меньше 10 ммоль/л (при норме 20-24 ммоль/л), что представляет угрозу для жизни больного, необходима парентеральная инфузия раствора гидрокарбоната или бикарбоната натрия. Применяя его, необходимо помнить, что гидрокарбонат натрия нельзя вводить струйно, так как наступит смерть вследствие быстрой гипокалиемии. Если pH крови достигает 7,0, то в течение часа вводят 80-100 ммоль гидрокарбоната натрия. Для облегчения подсчета удобнее пользоваться 4,25% и 8,5% растворами гидрокарбоната натрия, в 1мл которых соответственно содержится 0,5 и 1 ммоль гидрокарбонатных ионов. Для предупреждения возможных гипокалиемий на каждые 100 ммоль гидрокарбоната дополнительно вводят 13-20 ммоль калия. Кроме того, слишком быстрая коррекция ацидоза вызывает гипоксию тканей, так как нарушает диссоциацию оксигемоглобина, подавляя активность эритроцитарного субстрата 2,3-дифосфоглицерата, уровень которого при диабете и без того снижен. Показания к применению гидрокарбоната (бикарбоната) в настоящее время резко ограничены. Нельзя начинать регидратацию с введения бикарбоната натрия. Проведение такой процедуры может оказаться роковым мероприятием для больного. Показанием к введению раствора бикарбоната натрия служит снижение pH крови ниже 7,0 и уменьшение содержания бикарбонатов в крови (5 ммоль/л и менее при норме 20-24 ммоль/л).

У детей, находящихся в диабетической коме и имеющих соответствующие показания, бикарбонат натрия вводится из расчета 1 мэкв/л (80,0-100,0 ммоль/л от 1 мл/кг до 5 мл/кг) в течение 2-х часов. На каждые 100 ммоль бикарбоната натрия дополнительно вводят 13-20 ммоль калия через 30 минут.

Сопровождающий диабетическую кому дефицит неорганического и органического фосфора может усугубляться в процессе инсулинотерапии.

Восстановление запасов глюкозы в организме является заключительным этапом лечения диабетической комы. Как указано выше, при снижении гликемии до 11,1 - 13,9 ммоль/л одновременно с резким уменьшением дозы инсулина приступают к внутривенной инфузии 5% раствора глюкозы. Инсулинотерапию в дальнейшем проводят лишь в комплексе с введением глюкозы. До тех пор пока гликемия остается выше 10-11 ммоль/л, на каждые 100 мл 5% раствора глюкозы добавляют 2-3 ЕД инсулина, а при гликемии ниже 10 ммоль/л - не более 1 ЕД. Вливание изотонического раствора глюкозы производят со скоростью 500 мл за 4-6 ч, при этом количество введенной глюкозы за сутки должно составить 100-150 г. При соответствующем лабораторном контроле этот режим комплексной глюкозоинсулиновой терапии позволяет поддерживать стабильную концентрацию глюкозы в крови на уровне 9-10 ммоль/л в течение длительного времени. Продолжается и заместительная калиевая терапия по схеме, приведенной ранее.

В комплексном лечении диабетической комы одновременно с патогенетической терапией нужно осуществлять мероприятия, направленные на устранение тех факторов, которые вызвали декомпенсацию диабета, а также возникших уже в процессе декомпенсации, но усугубляющих ее. Это прежде всего антибиотикотерапия инфекционных заболеваний, лечение шока, гемотрансфузия при анемии, оксигенотерапия и управление ИВЛ при гипоксии. В связи с выраженной склонностью к коагулопатии всем больным с кетоацидотической и гиперосмолярной комой назначается профилактически гепаринотерапия: до 5000 ЕД гепарина 4 раза в день сначала внутривенно, затем внутримышечно под контролем показателей свертываемости крови.

Упорная рвота, как правило, сопровождающая диабетический кетоацидоз, опасна не только тем, что она усугубляет водно-электролитные нарушения, но и угрозой аспирации рвотных масс. Поэтому в начале лечения недостаточно ограничиться промыванием желудка, а лучше через нос ввести постоянный желудочный зонд.

Другие мероприятия

При высокой гиперосмолярности (больше 350 мосм/л) вводится гепарин из расчета 500 ЕД 2 раза в сутки в/в, затем в/м под контролем свертываемости крови.

При артериальной гипотонии - в/в плазма или декстран 10-20 мл/кг струйно, р-р кофеина 10% (0,05-0,1 мг), мезатон 1% (0,15-0,6 мл) каждые 3-4 часа, кортикостероиды в возрастных дозах.

При отеке мозга через 3-4 часа от начала инсулинотерапии - лазикс (20-40 мг), маннитол, кортикостероиды, ограничение вводимой жидкости, 10 мл 10% р-ра KCl.

При бессознательном состоянии необходимы: назогастральный зонд, катетеризация мочевого пузыря.

Больной с кетоацидотической комой должен быть госпитализирован в реанимационное отделение в первые 6 часов.

Пребывание в стационаре - 3 недели.

Гиперосмолярная (некетонемическая) диабетическая кома

Встречается чаще у лиц, страдающих сахарным диабетом типа 2 легкой или средней тяжести, получающих только диетотерапию или сахароснижающие пероральные препараты. Развитию гиперосмолярной комы способствуют различные инфекции (пневмония, пиелит, цистит и др.), острый панкреатит, ожоги, инфаркт миокарда, охлаждение, невозможность утолить жажду (у одиноких престарелых больных, прикованных к постели). Гиперосмолярная кома развивается более медленно (в течение 5- 10, иногда 14 дней), чем кетоацидотическая кома, и характеризуется резкой дегидратацией, возникновением обратимых очаговых неврологических нарушений, нарастающим расстройством сознания.

Такие симптомы, как жажда, полидипсия и полиурия, присущи как кетоацидозу, так и гиперосмолярной коме, поскольку обусловлены одними и теми же патогенетическими механизмами - гипергликемией и осмотическим диурезом. Но их следствие, т.е.

дегидратация, как уже отмечалось, при гиперосмолярной коме выражено значительно сильнее, поэтому и сердечно-сосудистые нарушения у этих больных более выражены. Отчасти большая тяжесть таких нарушений связана и с тем, что у пожилых больных до комы уже имелась сердечно-сосудистая недостаточность той или иной степени. По этой же причине, т.е. из-за предшествовавшего снижения функции почек, у больных с гиперосмолярной комой чаще и раньше развивается олигурия и азотемия. В сравнении с кетоацидозом при гиперосмолярной коме отмечается повышенная склонность к различным гемокоагуляционным нарушениям, в особенности к таким, как диссеминированная внутрисосудистая коагуляция (ДВС-синдром), артериальные и венозные тромбозы.

Гиперосмолярный синдром может сопровождаться высокой лихорадкой, которая является следствием инфекции, ожога или обширных травм.

Диагноз гиперосмолярной комы основывается на сочетании коматозного состояния и резкой дегидратации организма, а также наличия признаков очагового поражения нервной системы (парезы и расстройства чувствительности, положительный симптом Бабинского и другие патологические рефлексы, нистагм). Содержание глюкозы в крови от 38,9 ммоль/л до 55 ммоль/л и выше. Кетоацидоз отсутствует, содержание бикарбонатов в сыворотке крови незначительно снижено (20 ммоль/л). Уровень натрия в сыворотке крови может колебаться от 100 до 280 ммоль/л. Осмолярность сыворотки выше 350 ммоль/л. Концентрация НЭЖК, гормона роста, кортизола незначительно превышает норму.

Основные **принципы лечения** гиперосмолярной комы те же, что и при кетоацидотической коме. Для регидратации организма в первые часы возможно применение 0,9% NaCl, а затем и раствора с содержанием 0,45 % или 0,6 % раствора хлорида натрия. Общее количество жидкости, вводимое путем внутривенной инфузии, больше, чем при кетоацидозе, так как дегидратация организма при гиперосмолярной коме значительно выше, чем при диабетической. Считается, что за первые 24 ч больному, находящемуся в гиперосмолярной коме, необходимо ввести около 8 л жидкости и лишь небольшому числу больных - несколько больше, до 10 л. Режим введения жидкости должен быть таким, чтобы за первые 2-3 ч лечения было введено около 3 л жидкости; в дальнейшем скорость инфузии снижается. В период внутривенного введения жидкости необходим контроль за центральным венозным давлением.

У больных с выраженной недостаточностью функции почек (повышение содержания мочевины, остаточного азота и креатинина в сыворотке крови) инфузия жидкости с повышенной скоростью приводит к отеку легких. В течение 2 и 3 ч лечения скорость инфузии раствора хлорида натрия составляет 1 л/ч, а далее 500-750 мл/ч. За 24 часа больному, находящемуся в состоянии гиперосмолярной комы, необходимо ввести около 8 л жидкости и лишь небольшому числу больных - до 10 л.

Больным со рвотой и признаками паралитической непроходимости кишечника (отсутствие шумов перистальтики кишечника) необходимо поставить назогастральный зонд.

Инсулинотерапия проводится небольшими дозами инсулина. На фоне инфузии 0,45% раствора хлорида натрия вводят внутривенно одномоментно 10-15 ЕД инсулина, в дальнейшем его вводят со скоростью 0,08-0,1 ЕД/кг, т.е. 6-10 ЕД/ч. При снижении содержания глюкозы в сыворотке крови до 13,9 ммоль/л скорость инфузии инсулина снижают до 1-3 ЕД/ч. Чувствительность к инсулину выше при гиперосмолярной коме, чем при кетоацидотической, поэтому общие дозы инсулина, необходимые для выведения больного из комы, обычно ниже. Режим введения глюкозы и калия такой же, как при кетоацидотической коме. Помимо восстановления дефицита калия в организме, необходимо предусмотреть введение фосфатов (80-120 ммоль/сут), магния (из расчета 0,08-0,16 ммоль/кг, т.е. 6-12 ммоль), особенно при наличии судорог и аритмии сердечной деятельности.

Учитывая, что гиперосмолярная кома чаще встречается у лиц пожилого возраста, при наличии у них сердечно-сосудистой недостаточности различной степени необходим постоянный мониторинг контроль за деятельностью сердца.

Прогноз при гиперосмолярной коме значительно хуже, чем при кетоацидотической. Несмотря на успехи, достигнутые

в лечении гиперосмолярной комы, летальность остается высокой и составляет 15-60%.

Лактацидотическая кома

Встречается при диабете значительно реже, чем кетоацидоз и гиперосмолярная кома. При лактацидозе содержание лактата (молочная кислота) поднимается выше 2 ммоль/л (норма 0,4-1,4 ммоль/л), а pH крови обычно ниже 7,3. В норме соотношение концентрации лактата и пирувата в сыворотке крови составляет около 10:1, при лактат-ацидозе эти взаимоотношения изменяются в сторону увеличения лактата. Лактацидоз может сочетаться с кетоацидозом или гиперосмолярной комой. Иногда он развивается на фоне приема бигуанидов (фенформина и адебита) у больных с сердечной и почечной недостаточностью, заболеваниями печени, легких, а также при шоке, кровопотере, сепсисе.

Развитию лактацидоза способствует также парентеральное введение жидкостей, содержащих фруктозу, сорбит или ксилит.

Наряду с угнетением сознания (ступор или кома) ведущим симптомом лактацидоза является сердечно-сосудистая недостаточность (частый пульс, артериальная гипотония и шок). Кожа бледная, иногда с цианотичным оттенком. Ацидоз вызывает нарушение возбудимости и сократимости миокарда, а также парез периферических сосудов, в результате чего развивается коллапс. Вследствие ацидоза у больных шумное дыхание Куссмауля.

При лактацидозе определяется снижение концентрации и гидрокарбонатных ионов (HCO_3^-) до 10 ммоль/л и ниже (в норме около 20 ммоль/л). Специфическим для лактацидоза признаком является подъем уровня молочной кислоты выше 2 ммоль/л (в некоторых случаях до 8 ммоль/л при норме 0,4-1,4 ммоль/л).

Каузальная и симптоматическая терапия лактацидоза должна быть направлена на борьбу с шоком, анемией, гипоксией.

При **лактацидозе типа А** (следствие тканевой гипоксии: шок, левожелудочковая недостаточность, тяжелая анемия) терапия должна быть направлена на улучшение тканевой перфузии, на борьбу с шоком, анемией, гипоксией. Проводят оксигенотерапию, восстанавливают объем внутрисосудистой жидкости переливанием растворов электролитов, коллоидных растворов, плазмы или цельной крови и ее компонентов; вводят вазодилаторы (нитропруссид натрия и др.). Следует назначить изадрин (новодрин, эуспиран, изопротеренол), оказывающий инотропное действие на сердце и вазодилаторное - на периферические сосуды. Изадрин вводят капельно внутривенно в 5% растворе глюкозы из расчета 0,5-5 мкг (0,0005-0,005 мг) в минуту. Можно применять изадрин и в таблетках по 0,005 г (держать в полости рта до полного растворения). Применение вазоконстрикторов (норадреналин) может усугубить тяжелое состояние больного и усилить лактацидоз вследствие снижения перфузии тканей на периферии.

Терапию при **лактацидозе типа Б** (сахарный диабет, почечная или печеночная недостаточность, передозировка салицилатов, алкогольная интоксикация, врожденные нарушения обмена глюкозы и др.) следует направить в первую очередь на лечение перечисленных заболеваний и состояний, послуживших причиной лактацидоза.

Проводится интенсивная терапия, направленная на коррекцию ацидоза с помощью растворов бикарбоната натрия, количество которых в некоторых случаях достигает 2000-3000 ммоль. В тех случаях, когда длительная инфузия бикарбоната натрия противопоказана (сердечно-сосудистая недостаточность), а также в критической ситуации, когда установить и быстро устранить причину лактацидоза не удастся, коррекция ацидоза осуществляется посредством перитонеального диализа или гемодиализа безлактатным диализатом.

При резко выраженном ацидозе рекомендуется внутривенное одномоментное введение 45 ммоль бикарбоната натрия (45-50 мл 8,5% раствора). Далее в течение первых 3-4 ч надо ввести до 180 ммоль бикарбоната. Во время инфузии необходимо осуществлять контроль за ЭКГ, содержанием калия, кальция и газов крови, измерять центральное венозное давление.

При сердечно-сосудистой недостаточности или инфаркте миокарда, когда применение бикарбоната натрия противопоказано, для борьбы с ацидозом используют трисамин (триоксиметиламинметан, триоламин, трио-буфер). Трисамин проникает в клетки организма быстрее, чем бикарбонат, и поэтому имеет преимущество перед бикарбо-

натом натрия, особенно в первые часы лечения резко выраженного ацидоза, когда рН крови ниже 6,9. Трисамин снижает концентрацию водородных ионов и повышает щелочной резерв крови. Больному массой 60 кг препарат вводят внутривенно в виде 3,66 % раствора из расчета около 500 мл раствора в час (около 120 капель в минуту). Максимальная доза препарата не должна превышать 1,5 г на 1 кг массы тела в сутки. Необходимо знать, что быстрое введение трисамина может вызвать угнетение дыхательного центра, снижение содержания глюкозы в крови, ионов натрия и калия.

Метиленовый синий также связывает ионы водорода, отнимая их у окисленного компонента NADH и конвертируя его в NAD⁺, что проявляется снижением образования лактата и преобразованием его в пируват. Вводят метиленовый синий внутренне в виде 1 % раствора из расчета 1-5 мг на 1 кг массы тела. Эффект наступает через 2-6 ч и продолжается до 14 ч.

Прогноз зависит от степени выраженности ацидоза и концентрации лактата в крови. При содержании его в крови более 4 ммоль/л смертность повышается до 90-98%. Чем успешнее и интенсивнее осуществляется алкализация организма, тем лучше прогноз.

5.1.4. Диабетическая нефропатия (шифр E10.2; E11.2)

Определение

Диабетическая нефропатия (ДН) - это специфическое поражение почек при сахарном диабете, характеризующееся развитием склероза почечных клубочков (гломерулосклероза), ведущим к нарушению функции почек (прежде всего - фильтрационной функции почек) и развитию хронической почечной недостаточности.

При сахарном диабете типа 1 распространенность ДН у взрослых пациентов с длительностью диабета от 15 до 20 лет составляет 30 - 40%; в детском возрасте 5 - 20%. Наиболее ранние клинико-лабораторные признаки ДН появляются через 5-10 лет от дебюта заболевания.

При сахарном диабете типа 2 частота развития ДН при длительности заболевания 15-20 лет составляет 20-30%, однако в 5 - 10% случаев клиника ДН может быть обнаружена одновременно с выявлением сахарного диабета.

Стадии ДН

В своем развитии ДН проходит несколько клинических стадий, последовательно переходящих одна в другую:

- стадия микроальбуминурии;
- стадия протеинурии;
- стадия хронической почечной недостаточности (уремии).

Стадия микроальбуминурии - характеризуется повышением экскреции альбумина с мочой от 30 до 300 мг/сутки (или от 20 до 200 мкг/мин). При этом белок в общем анализе мочи не обнаруживается. Для избежания ложноположительного результата исследования мочи на микроальбуминурию предварительно необходимо исключить (или купировать) инфекцию мочевыводящих путей.

Стадия протеинурии характеризуется появлением белка в общем анализе мочи (протеинурии). Содержание альбумина в моче более 300 мг/сутки расценивается как протеинурия или макроальбуминурия. Одновременно с появлением протеинурии, как правило, начинает повышаться АД и снижаться скорость клубочковой фильтрации.

Стадия хронической почечной недостаточности определяется при повышении креатинина (более 120 мкмоль/л или 1.4 мг%) и мочевины сыворотки крови выше нормальных значений и одновременном снижении скорости клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин/1.73 м.

Обязательные лабораторные исследования:

При отсутствии протеинурии необходимо исследовать мочу на наличие микроальбуминурии. Это исследование проводят:

у больных СД типа 1:

- ежегодно спустя 5 лет от начала заболевания;
- ежегодно с момента установления диагноза диабета (при дебюте диабета в пубертатном возрасте);
- ежегодно при дебюте диабета до пубертата и длительностью диабета менее 5 лет, если у ребенка имеется диабетическая ретинопатия, осложненная катаракта;

у больных СД типа 2:

– не реже 1 раза в 6 месяцев с момента установления диагноза сахарного диабета.

“Ложноположительные” результаты при исследовании микроальбуминурии можно получить при наличии инфекции мочевых путей, острых инфекционных заболеваниях, тяжелых физических нагрузках, употреблении высокобелковой диеты, кетоацидозе, повышенной подвижности почек и в период интенсивного роста ребенка. Поэтому при исследовании микроальбуминурии эти причины необходимо иметь в виду и по возможности устранить.

– Контроль АД проводят не реже 1-2 раз в год, поскольку микроальбуминурия может сопровождаться повышением АД (у детей до 15 лет более 130/80 мм рт.ст., у подростков - более 140/85 мм рт.ст.).

При наличии протеинурии у больных диабетом типа 1 и 2 необходимо мониторировать:

- скорость нарастания протеинурии (в суточной моче);
- скорость снижения СКФ (по клиренсу креатинина - проба Реберга);
- артериальное давление.

Все перечисленные исследования проводить не реже 1 раза в 4- 6 мес.

На стадии хронической почечной недостаточности

– дополнительно мониторировать уровень креатинина, мочевины, калия, фосфора и кальция сыворотки крови не реже 1 раза в 2-3 мес.

Профилактика развития диабетической нефропатии

– заключается в идеальной компенсации углеводного и липидного обмена у больных сахарным диабетом, начиная с дебюта заболевания.

Лечение диабетической нефропатии

На стадии микроальбуминурии - назначают препараты из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ): каптоприл, эналаприл, рамиприл, периндоприл и другие. Доза препаратов зависит от исходного уровня АД.

При **нормальном уровне АД** - назначают минимальные (субпрессорные) дозы указанных препаратов, а при повышенном АД назначают их среднесуточные дозы.

Лечение проводят под контролем экскреции альбумина с мочой. Если микроальбуминурия не превышает 100 мг/сутки - возможно курсовое лечение (по 2-3 курса в год длительностью по 2-3 месяца). Если уровень микроальбуминурии превышает 100 мг/сутки - лечение АПФ ингибиторами должно быть постоянным.

На **стадии микроальбуминурии** высоко эффективно назначение препаратов из группы гликозаминогликанов, например сулодексида в виде в/м инъекций (по 1 мл в/м 1 раз в день в течение 20 дней) или перорально по 1-2 капсулы 2 раза в день в течение 6-8 недель. Повторные курсы проводят под контролем альбуминурии 2-3 раза в год.

На **стадии протеинурии** основными принципами терапии являются:

– коррекция сахароснижающей терапии - рекомендуется перевод больных на инсулинотерапию;

– почечная диета с ограничением животного белка до 40 г/сутки и ограничением соли (при наличии артериальной гипертензии). В детском возрасте ограничение белка в питании не рекомендуется.

– контроль АД (АД не должно превышать 130/85 мм рт.ст.) Препаратами выбора являются АПФ-ингибиторы в качестве монотерапии в среднетерапевтических дозах. При неэффективности монотерапии АПФ-ингибиторами к лечению добавляют антагонисты кальция, селективные бета- блокаторы и петлевые диуретики (фуросемид, лазикс). При проведении лечения АПФ-ингибиторами необходимо проводить мониторирование протеинурии каждые 3-6 месяцев.

– курсовая терапия препаратами из группы гликозаминогликанов (сулодексид) - доза и кратность курсов (см. стадию микроальбуминурии).

– коррекция гиперлипидемии (препараты из группы статинов).

На **стадии почечной недостаточности** терапия проводится совместно с нефрологом.

Основные принципы терапии:

– коррекция сахароснижающей терапии - обязательно перевод на терапию инсулином;

– почечная диета (ограничение животного белка до 35-40 г/сутки). При выраженной стадии почечной недостаточности добавляют терапию препаратами, содержащими незаменимые аминокислоты (кетостерил - по 4-8 таб. 3 раза в день);

– контроль АД (поддерживать АД на уровне не более 130/85 мм рт.ст). Применяется комбинированная терапия АПФ- ингибитором, антагонистом кальция, бета-блокатором, петлевым диуретиком, препаратом центрального действия;

– коррекция гиперлипидемии (статины);

– сорбенты (энтеродез, активированный уголь и др.);

– коррекция кальций-фосфорного гомеостаза (карбонат кальция в дозе 3-5 г в день под контролем уровня кальция крови);

– коррекция анемии (эритропоэтин - только по согласованию с нефрологом, препараты железа под контролем уровня сывороточного железа);

– подготовка к экстракорпоральным методам лечения почечной недостаточности (гемодиализу, перитонеальному диализу, трансплантации почки).

На стадии терминальной почечной недостаточности лечение экстракорпоральными методами очищения крови в стационаре, оснащенном специальным оборудованием (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки).

Продолжительность стационарного лечения и требования к результатам лечения

На стадии микроальбуминурии - возможно амбулаторное лечение. Основная цель лечения - остановить нарастание микроальбуминурии.

На стадии протеинурии - стационарное лечение с целью коррекции сахароснижающей терапии и подбора антигипертензивной терапии. Длительность стационарного лечения 10-12 дней.

На стадии почечной недостаточности (при креатинине крови не более 350-400 мкмоль/л) - цель стационарного лечения - коррекция сахароснижающей терапии и подбор антигипертензивной и гиполипидемической терапии. Длительность стационарного лечения - 12-14 дней.

5.1.5. Диабетическая ретинопатия (Шифр E10.3 E11.3)

Определение:

Диабетическая ретинопатия (ДР) является распространенным сосудистым осложнением сахарного диабета (СД). Микрососудистые изменения приводят к нарушениям в слоях сетчатки и уменьшению клеток сетчатки. Диабетическая ретинопатия занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к полной потере зрения, особенно у пациентов молодого возраста.

Классификация ретинопатии. В настоящее время общепринята классификация ВОЗ (Kohnner E. M., Porta M.,1992), в основу которой положены патологические изменения на глазном дне:

1 стадия - непролиферативная (фоновая) ДР;

2 стадия - препролиферативная ДР;

3 стадия - пролиферативная ДР.

Диагностика

Обследование:

Общепринятые лабораторные обследования пациентов: общий анализ крови, мочи, гликированный гемоглобин, биохимический анализ крови, коагулограмма крови (1 раз в год).

При всех первичных или повторных осмотрах проводятся **офтальмологические исследования органа зрения:**

– проверка остроты зрения с узким зрачком, при необходимости подбор коррекции;

– проверка уровня внутриглазного давления (1 раз в год);

– наружный осмотр глазного яблока;

– исследование полей зрения;

– исследование переднего отдела глаза (роговица, радужка, угол передней камеры глаза). Дальнейшее исследование проводится с широким зрачком, если позволял уровень внутриглазного давления;

– биомикроскопия хрусталика и стекловидного тела;

- обратная и прямая офтальмоскопия офтальмоскопами; офтальмоскопия проводится последовательно от центра до крайней периферии, во всех меридианах, с тщательным осмотром диска зрительного нерва и макулярной области;
- исследование стекловидного тела и сетчатки также на щелевой лампе с помощью трехзеркальной линзы Гольдмана;
- фотографирование глазного дна с помощью стандартной фундус-камеры или немидриатической камеры.

Больные сахарным диабетом типа 1 и 2 независимо от возраста и длительности сахарного диабета, без признаков изменений на глазном дне, нуждаются в офтальмо-логическом обследовании 1 раз в год, а при наличии диабетической ретинопатии - 2-3 раза в год.

Лечение диабетической ретинопатии

Медикаментозное лечение

Единственным средством профилактики микрососудистых осложнений органа зрения является интенсивная инсулинотерапия или сахаропонижающие препараты у больных сахарным диабетом типа 1 и 2.

При развитии диабетической ретинопатии необходимо активное вмешательство и лечение офтальмологов под строгим контролем уровня глюкозы в крови.

Использование в лечебных или профилактических целях препаратов из группы ангиопротекторов признано малоэффективным, особенно на фоне неудовлетворительной компенсации углеводного обмена. В настоящее время в большинстве стран мира ни для лечения, ни для профилактики диабетической ретинопатии эти препараты не применяются.

При сопутствующих осложнениях СД (нефропатия, нейропатия, синдром диабетической стопы) назначают соответствующее медикаментозное лечение.

У больных с непролиферативной диабетической ретинопатией (с большим количеством твердых экссудативных очагов в слоях сетчатки) и повышенным уровнем липидов показано применение антиоксидантов (никотинамид). В начальных стадиях диабетической ретинопатии показано применение низкомолекулярного гепарина из группы гликозаминогликанов.

Фотокоагуляция диабетической ретинопатии

Лазерная коагуляция сетчатки с 1949 и до настоящего времени является наиболее эффективным методом лечения диабетической ретинопатии.

Практика лечения ретинопатии показывает необходимость индивидуального подхода к наблюдению и лечению ретинопатии у каждого больного

- локальная лазерная коагуляция - коагуляты наносят в зоне патологического процесса или преретинального кровоизлияния;
- фокальная лазерная коагуляция – коагуляты наносят в несколько в парамакулярной и парапапиллярной областях (чаще используют эту методику при непролиферативной диабетической ретинопатии и отеке сетчатки в заднем полюсе);
- панретинальную лазерную коагуляцию применяют при пролиферативной диабетической ретинопатии, от 1200 до 1600 лазерных очагов наносят в шахматном порядке на сетчатку, на всем протяжении от парамакулярной и парапапиллярной областей до экваториальной зоны сетчатки.

Криокоагуляция

Показанием для применения трансконъюнктивной криокоагуляции являются больные с пролиферативной диабетической ретинопатией, осложненной частыми кровоизлияниями в стекловидное тело, грубым ростом неоваскуляризации и пролиферативной ткани.

Криокоагуляция проводится в нижней половине глазного яблока, а через неделю - в верхней половине глазного яблока. За один сеанс наносят 4-5 аппликаций в зоне экватора (12-16 мм от лимба) через конъюнктиву с экспозицией 2-3 сек. Температура наконечника в момент коагуляции сохраняется -150° - 160 °С .

Криокоагуляция сетчатки у больных с грубыми пролиферативными изменениями позволяет улучшить или стабилизировать остаточное зрение, предупредить полную слепоту.

Витрэктомия

Одним из частых осложнений пролиферативной диабетической ретинопатии является кровоизлияние в стекловидное тело. Длительное нахождение элементов крови в полости стекловидного тела способствует образованию грубых фиброзных изменений сетчатки и стекловидного тела. Одним из наиболее радикальных и эффективных методов лечения гемофтальмов различной этиологии является витрэктомия.

Очень широко эта операция применяется и у больных сахарным диабетом. Проведение витрэктомии целесообразно при интравитреальных кровоизлияниях и их осложнениях у больных с непролиферативной диабетической ретинопатией. При наличии пролиферации желательнее проводить операцию в ранние стадии ДР, что способствует улучшению и стабилизации процесса и значительно сокращает количество осложнений.

Офтальмологическое обследование больных сахарным диабетом необходимо проводить **1 раз в год**. При выявлении признаков ретинопатии осмотр окулиста должен проводиться чаще (**2-3 раза в год**). Не дожидаясь снижения зрения у больных с начальной диабетической ретинопатией необходимо лечение в специализированных офтальмологических центрах.

5.1.6. Диабетическая нейропатия (ШИФР E10.4 E10.5)

Определение

Диабетическая нейропатия - представляет собой сочетание синдромов поражения нервной системы, которые могут быть классифицированы в зависимости от преимущественного вовлечения в процесс ее различных отделов, а также тяжести поражения. Наиболее частой формой поражения нейропатии является дистальная симметричная сенсорно-моторная полинейропатия.

Обязательные инструментальные исследования

Биотезиометрия - дважды (исходно и через 3 недели). Исследование проводится биотезиометром или градуированным камертоном 128 Гц. При исследовании камертоном значения считываются со шкалы камертона и выражаются в условных единицах. Норма 6,0-8,0 у.е. Пациенты со значительным снижением вибрационной чувствительности ниже 3,0 у.е. входят в группу риска развития синдрома диабетической стопы.

Определение тактильной, температурной, болевой, проприоцептивной **чувствительности**. Наиболее важным является определение защитной чувствительности с помощью монофиламентов. Отсутствие чувствительности при исследовании монофиламентом 10 гр свидетельствует о полной потере защитной чувствительности. Исследование в условиях стационара проводится - дважды (исходно и через 3 недели), амбулаторно 1 раз в год.

Кардиоваскулярные пробы (проводятся один раз в год): проба Вальсальвы (соотношение самого длинного к самому короткому RR интервалу до и после выдоха с напряжением 40 мм Нд) норма >1,21; проба с глубоким дыханием - вариация ЧСС при медленном глубоком дыхании (максимальный минус минимальный) - норма >15 уд в минуту; изотоническая мышечная проба с динамометром, регистрируется динамика диастолического давления - норма > 16 мм Нд, тест Шелонга - динамика систолического АД в ответ на ортостатическую нагрузку < 10 мм Нд.

Наблюдение за больными сахарным диабетом типа 1 включает ежегодный осмотр невропатолога: осмотр ног для выявления сухости кожи, гиперкератоза, мозолей, инфекционных поражений кожи, нарушенного роста ногтей. Оценка сухожильных рефлексов (коленного и ахилова) и оценка вибрационной чувствительности с использованием градуированного камертона или биотензиометра.

Характеристика лечебных мероприятий

Меры по оптимизации гликемического контроля.

Диагностика неврологического статуса больных может проводиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Для проведения курса лечения необходима госпитализация больного сроком на 3 недели. Диагностика включает также выделение больных в группу высокого риска развития язвенного поражения стоп. Эта категория пациентов проходит постоянное амбулаторное наблюдение с частотой 4-12 раз в год.

Схемы лечения

Диабетическая нейропатия (патогенетическая терапия)

– курс лечения препаратами а-липоевой кислоты по 600 мг на 150,0 мл - 0,9% раствора NaCl внутривенно капельно - 3 недели, кроме выходных. Далее прием препарата внутрь по 600 мг утром, натощак за 45 минут до приема пищи в течение 2 месяцев. Периодичность курса лечения - 2 раза в год.

– курс лечения препаратами жирорастворимого витамина B1 (бенфотиамин) и его комбинацией с витаминами B6 и B12 (мильгамма 100). Бенфотиамин и мильгамма 100 назначаются по 1 драже 2 раза в день в течение 2 месяцев. Периодичность курса лечения - 2 раза в год.

– при болевом синдроме внутримышечные инъекции препарата мильгамма N2,0 мл ежедневно или через день 5-10 инъекций.

Симптоматическая терапия сенсомоторной диабетической нейропатии:

Препараты холинэстеразы, способствующие улучшению нервного импульса (прозерин, неостигмин). Взрослым по 1 мл. 0,05% раствора прозерина п/к. 1-2 раза в сутки, детям - 0,5 мг. на год жизни, но не более 0,75 мл. - 0,05% раствора на протяжении 4 недель.

Анальгетики, противосудорожные препараты: карбамазепин 200-600 мг/день 2 недели, при отсутствии эффекта - отмена препарата.

Антидепрессанты - амитриптилин 25-100 мг в день, при отсутствии эффекта в течение 3 недель - отмена препарата.

Антиаритмики: лидокаин 5 мг на кг веса в/в в течение 30 минут, мексилетин 3 x 75 мг per os - 5 недель.

Лечение судорог икрожных мышц: Препараты магния 100- 300 мг в день per os или инфузионно 8 ммоль (1 ммоль = 24,3 мг Мд) в 100 мл 0,9% раствора NaCl в/в в течение 30 минут. Хинидин 100-200 мг per os вечером.

Симптоматическая терапия автономной нейропатии:

Гастропарез - мотилиум по 10 мг 3 раза в сутки, церукал по 10 мг 4 раза в сутки;

Диарея - доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки 7-10 дней, эритромицин по 250 мг 4 раза в сутки 7-10 дней;

Запоры - пиридостигмин 10-60 мг 1 раз в день per os;

Слюнотечение - клофелин 25 мкг 1 -2 раза в сутки;

Ортостатическая гипотензия - кортинефф (флоринефф) по 0,05 мг 1 раз в сутки per os.

Физиотерапевтические мероприятия

- индуктотермия на нижние конечности
- магнитотерапия на нижние конечности
- массаж нижних конечностей

5.1.7. Синдром диабетической стопы (ШИФР E10.5 E11.5)

Определение

Синдром диабетической стопы объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротических процессов и гангрены стопы. Выделяют три основные формы синдрома диабетической стопы:

а) Нейропатическая инфицированная стопа, для которой характерно наличие длительного анамнеза диабета, отсутствие защитной чувствительности, других видов периферической чувствительности, а также болевого синдрома;

б) Ишемическая гангренезная стопа, с выраженным болевым синдромом, резким снижением магистрального кровотока и сохраненной чувствительностью;

в) Смешанная форма (нейро-ишемическая), когда снижение магистрального кровотока сопровождается снижением всех видов периферической чувствительности.

Обследование

При наличии раневого дефекта - **бактериологическое исследование посева из раны.**

Обязательные инструментальные исследования

Биотезиометрия - дважды (исходно и через 3 недели);

Допплерография с измерением скорости линейного кровотока - однократно;

Допплерометрия с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ)- однократно. Показателями нормального кровотока являются: ЛПИ - 1-1,2. Снижение ЛПИ ниже 0,5 свидетельствует о состоянии критической ишемии;

Транскутанное определение напряжения кислорода в тканях (T02) дважды (исходно и через 4 недели). Нормальными являются показатели свыше 40 мм Нд . Снижение T02 ниже 20 мм Нд является признаком критической ишемии.

Диагностика состояния периферического кровообращения может проводиться в амбулаторных условиях, курс лечения - в стационаре.

Лечение язвенных дефектов стоп проводится в стационарных условиях и далее продолжается амбулаторно.

Консервативное лечение ишемической формы синдрома диабетической стопы

Курс лечения препаратом вазопростан - по 60 мкг на 150-250 мл 0,9% раствора NaCl внутривенно капельно, ежедневно в течение 21-28 дней. При необходимости повторный курс лечения через 6 месяцев.

Курс лечения препаратом сулодексид по 600 ЕВ/1 внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10-15 дней далее прием внутрь по 500 ЕВ/1 в течение 2 месяцев.

Трентал 300-400 мг на 250 мл 0,9% раствора NaCl внутривенно капельно, ежедневно в течение 21 дня, далее прием внутрь по 1200 мг/сут (по 400 мг три раза в день) в течение 3 месяцев. Повторный курс лечения через 6 месяцев.

Консервативное лечение язвенных дефектов стоп и голеней

При подшоковой локализации раневых дефектов стоп, наряду с антибиотикотерапией и местным лечением необходимо обеспечить пораженной области полную разгрузку от давления. Это может быть осуществлено применением специальной лечебной обуви, использованием кресла-каталки или костылей.

Антибиотикотерапия проводится препаратами, обладающими широким спектром антибактериальной активности (цефалоспорины второй, третьей , четвертой генерации, другими препаратами из группы бета-лактамов, фторхинолонов, аминогликозидов в комбинации с метронидазолом и/или клиндамицином).

Наиболее распространенные схемы комбинированной антибактериальной терапии:

Мандол (цефмандол) по 1,0 гр 3 раза в день внутримышечно или внутривенно

+

Метронидазол по 250 мг 4 раза в сутки для приема внутрь

+

Клиндамицин (далацин) по 300 мг 3 раза в сутки. Или

Ципрофлоксацин 1,0 гр внутривенно капельно 2 раза в сутки +

Клиндамицин (далацин) 300 мг 3 раза в сутки.

Длительность антибактериальной терапии определяется глубиной и распространенностью язвенного воспалительного процесса и может составлять от 2 недель до нескольких месяцев.

Местное лечение язвенных дефектов.

Обработка растворами антисептиков, не обладающими цитотоксическими свойствами (диоксидин 1%, хлоргексидин 0,05%). На различных стадиях течения раневого процесса используются те или иные виды перевязочных средств:

— на стадии очищения, могут быть использованы такие пленки как - актисорб, гидрокол, инадин, сорбалгон;

— на стадии грануляции - атравман, бранолинд, гидросорб, гидросорб плюс;

— на стадии эпителизации - биоклюзив, гидрофильм.

Частота перевязок зависит от стадии раневого процесса и вида применяемых повязок.

Продолжительность стационарного лечения

Определяется объемом проводимых диагностических и лечебных мероприятий:

— при лечении дистальной полинейропатии с использованием препаратов липоевой кислоты длительность стационарного лечения составляет три недели;

— лечение препаратом мильгамма может проводиться в амбулаторных условиях.

Курс лечения препаратом Вазопростан должен осуществляться непременно в стационаре.

нарных условиях для обеспечения активного наблюдения за состоянием пациентов. Длительность пребывания в стационаре составляет от 28 дней до 32 дней;

- при лечении язвенных поражений стоп и голеней лечение начинают в условиях стационара, в связи с тяжестью состояния больного длительность пребывания в стационаре может составлять от 21 до 45 дней. Дальнейшее лечение проводится в амбулаторных условиях.

Требования к результатам лечения

- при лечении диабетической нейропатии - уменьшение болей в ногах, восстановление или улучшение вибрационной и тактильной чувствительности;
- при лечении нейропатической инфицированной формы синдрома диабетической стопы - при стационарном лечении уменьшение размеров язв или достижение эпителизации раневого дефекта;
- при лечении нарушений периферического кровообращения - предотвращение развития ишемической гангрены, повышение показателей To2; при наличии язвы стопы - уменьшение размеров и глубины язвенного дефекта.

5.1.8. Ограниченная подвижность суставов

Ограниченная подвижность суставов (ОПС) является частым осложнением диабета, которое выявляется при клиническом осмотре у 7-40% у детей и подростков. Это осложнение характеризуется безболезненными контрактурами, преимущественно, кистей рук и, как правило, развивается в препубертатном и пубертатном периоде, при длительности диабета более 3-5 лет.

Обязательные методы исследования

- для выявления ОПС в качестве скринингового метода больным предлагают сложить ладонные поверхности кистей и пальцев на всем протяжении и поднять локти так, чтобы предплечья образовали прямую линию (поза молящегося). При этом определяя, насколько плотно смыкаются суставные поверхности;
- необходим осмотр и других суставов (локтевых, позвоночника, суставов стоп);
- для документирования степени поражения пальцев рук применяется снятие отпечатков рук.

Профилактика и лечение ОПС

Тщательный метаболический контроль может предупредить развитие ОПС

Терапия этого осложнения сахарного диабета до настоящего времени ограничивается попытками восстановить подвижность суставов посредством:

- физических упражнений;
- физиотерапевтических процедур (лазеротерапия и др.).

5.1.9. Лабораторные показатели

В таблице приведены нормальные значения широко используемых лабораторных показателей. Значения даны в единицах, применяемых в медицинских учреждениях РФ и во многих странах. Отдельные величины могут варьировать в зависимости от метода определения и некоторых других факторов. Использовались общепринятые значения.

Таблица № 8

Лабораторные показатели

№	Биохимические показатели	Метрическая система	Система СИ
1	Альбумин	3,9-4,9 г%	39-49 г/л
2	Аммиак плазмы	19-43 ммоль/л	19-43 ммоль/л
3	Аполипопротеин А1	115-220 мг%	1,15-2,20 г/л
4	Аполипопротеин Б	52-138 мг%	0,52-1,38 г/л
5	Белок общий	6,5-8,5 мг%	65-85 г/л
6	Билирубин общий	0,4-1,4 мг%	6,8-23,9 мкм/л
7	Билирубин прямой	0,0-0,35 мг%	0,0-6,0 мкм/л
8	Билирубин непрямой	0,0-1,0 мг%	0,0-17,9 мкм/л

№	Биохимические показатели	Метрическая система	Система СИ
9	Витамин В12	200-800 нг/мл	1,48-590 нмоль/л
10	Гаптоглобин	44-303 нг%	0,44-3,03 г/л
11	Глюкоза	60-100 мг%	3,3-5,6 мМ/л
12	Гликемоглобин НbА1	4,8-8,0%	4,8-8,0%
13	Гликемоглобин НbА1с	3,4-6,5%	3,4-6,5%
14	Железо общее	50-174 мкг%	9,0-31,3 мкМ/л
15	Железосвязывающая способность	250-450 мкг%	44,8-80,6 ммоль/л
16	Кальций общий	8,7-10,2 мг%	2,17-2,55 мМ/л
17	Кальций Ионизированный	4,1-5,2 мг%	1,03-1,29 мМ/л
18	Калий	3,6-5,3 мэкв/л	3,6-5,3 мМ/л
19	Креатинин	0,6-1,24 мг%	53,0-110,0 мкМ/л
20	Клиренс креатинина	80,0-160,0 мл/мин	0,8-0,16 л/мин
21	Кетоновые тела	2,0-5,0 мг%	344-861 мкМ/л
22	Магний	1,3-2,2 мэкв/л	0,65-1,1 ммоль/л
23	Медь (общая)	70,0-155,0 мкг%	11,0-24,3 мкмоль/л
24	Мочевина	19,0-48,0 мг%;	3,2-8,0 мМ/л
25	Мочевая кислота	2,4-7,0 мг%	142-416 мкМ/л
26	Насыщение железом трансферрина	20-50 г%	0,2-0,5
27	Натрий	120-150 мэкв/л	120-150 мМ/л
28	НЭЖК	6,0-24,0 мг%	0,29-0,85 мМ/л
29	Общий белок	6,8-9,0 г%	68,0-90,0 г/л
30	Триглицериды	0,0-177,0 мг%	0,0-2,0 мМ/л
31	Ферритин		
	мужчины	36-262 нг/мл	81-590 нмоль/л
	женщины	10-155 нг/мл	23-349 нмоль/л
32	Фолиевая кислота	1,7-12,6 нг/мл	3,9-28,6 нмоль/л
33	Фосфор неорганический	2,4-5,0 мг%	0,77-1,6 мМ/л
34	Хлориды	97-110 ммоль/л	97-110 ммоль/л
35	Холестерин общий	128-200 мг%	3,3-5,2 мМ/л
36	Холестерин ЛПВП	19,0-101,0 мг%	0,7-2,61 мМ/л
37	Холестерин ЛПНП	0,0-150,0 мг%	0,0-3,9 мМ/л
38	Церулоплазин	21-53мг%	1,3-3,3 ммоль/л

№	Ферменты сыворотки	Метрическая система	Система СИ
1	Амилаза	4,0-40,0 мз/л	0,17-2,17 мккат/л
2	АЛТ	7,0-53 мз/л	0,12-0,88 мккат/л
3	АСТ	14,0-47,0 мз/л	0,18-0,78 мккат/л
4	ГГТФ	8,0-63,0 Е/л	0,13-1,05 мккат
5	КФК	45,0-235,0 Е/л	0,75-3,93 мккатал/л
6	Кислая фосфатаза общая	0,0-5,4 Е/л	0,0-90,0 нкатал/л
7	Кислая фосфатаза простат.	0,0-1,7 Е/л	0,0-28,0 нкатал/л
8	ЛДГ	101-218 Е/л	1,69-3,64 мккатал/л
9	Липаза	2,3-20 мз/л	0,38-33,3 мккатал/л
10	Холинэстераза	2900-5900 Е/л	48,0-98,0 мккатал
11	Щелочная фосфатаза	36,0-92,0 Е/л	0,6-1,54 мккатал

№	Система свертываемости крови	Метрическая система	Система СИ
1	Время кровотечения	2,5-9,5 мин	150-570 с
2	Продукты деградации фибрина	< 8 мг/мл	
3	Протромбиновое время	11,3-18,5с	0,13-1,05 мккал
4	Фибриноген	150-360 мг%	1,5-3,6 г/л

№	Биохимические показатели мочи	Метрическая система	Система СИ
1	Амилаза	0,04-0,3 мЭ/мин	0,67-5,0 нкат/мин
2	Белок	0-150 мг/сут	0-1,5 ммоль/сут
3	Кальций	0-250 мг/сут	0-6,25 ммоль/сут
4	Креатинин Мужчины Женщины	1,0-2,0 мг/сут 0,6-1,5 мг/сут	8,8-17,7 ммоль/сут 5,3-19,3 ммоль/сут
5	Микроальбуминурия	0,0-20,0 мг/л	0,0-0,2 г/л
6	Оксалаты	10-40 мг/сут	114-145 нмоль/сут
7	Порфирины Кальций Креатинин	0-72 мкг/сут 0-27 мг/сут	0-110 нмоль/сут 0-32 нмоль/сут

№	Общий анализ крови	Метрическая система	Система СИ
1	Гематокрит мужчины женщины	40,7-50,3% 36,1-44,3%	0,407-0,503 0,361-0,443
2	Гемоглобин мужчины женщины	13,8-17,2 г% 12,1-15,1 г%	8,56-10,7 ммоль/л 7,5-9,36 ммоль/л
3	Общее число лимфоцитов	3,8-9,8 × 10 ³ мкл	3,8-9,8 × 10 ⁹ /л
4	Лимфоциты	1,2-3,3 × 10 ³ мкл	1,2-3,3 × 10 ³ /л
5	Моноциты	0,2-0,7 × 10 ³ мкл	0,2-0,7×10 ⁹ /л
6	Гранулоциты	1,8-6,6 × 10 ³ мкл	1-6,6× 10 ⁹ /л
7	Ретикулоциты	0,5-1,5%	0,005-0,015
8	СОЭ	0-25 мм/ч	
9	Тромбоциты	190-405 × 10 ³ мкл	190-450 × 10 ⁹ /л
10	Эритроциты мужчины женщины	4,5-5,7 × 10 ⁶ мкл 3,9-5,0 × 10 ⁶ мкл	4,5-5,7 × 10 ¹² /л 3,9-5,0 × 10 ¹² /л

5.2. Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулин-зависимым и инсулинонезависимым сахарным диабетом

Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулинзависимым и инсулинонезависимым сахарным диабетом подробно отражены в приложениях к Приказам Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 сентября и 11 декабря 2007 г. (№ 582 и № 748 соответственно), вступивших в силу с 1 января 2008 г.

5.2.1. Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом

**Стандарт
медицинской помощи больным с
инсулинзависимым сахарным диабетом**
(Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от 11 сентября 2007 г. № 582)

1. Модель пациента:

Категория возрастная: дети, взрослые

Нозологическая форма: инсулинозависимый сахарный диабет

Код по МКБ-10: E10.0

Фаза: хроническая

Стадия: все стадии

Осложнения: без осложнений

Условия оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. Диагностика

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	3
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	3
A09.05.084	Исследование уровня гликолизированного гемоглобина крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A12.22.004	Глюкозотолерантный тест	0,1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A09.28.003	Исследование белка в моче	1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003.001	Исследование минимального количества альбумина в моче (МАУ)	0,5	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина крови	0,2	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,4	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	0,1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,5	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1

1.2. Лечение из расчета 365 дней

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	12
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	12
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	12
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	4
A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	3
A02.12.001	Исследование пульса	1	12
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A02.01.001	Измерение массы тела	0,5	2
A02.03.005	Измерение роста	0,5	2
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	36
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	36
A09.05.084	Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	1	4
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	4
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	2
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A09.05.027	Исследование уровня липопротеинов в крови	0,1	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	0,1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	2
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	4
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	0,5	4
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
A09.28.003.001	Исследование минимального количества альбумина в моче (МАУ)	0,5	3
A09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A06.03.052	Рентгенография стопы	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	0,5	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,5	1
A26.28.003	Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,1	1
B01.029.02	Прием (осмотр, консультация) врача- офтальмолога повторный	1	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача- невропатолога первичный	0,05	1
B01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача- гинеколога первичный	0,05	1
B01.025.01	Прием (осмотр, консультация) врача- нефролога первичный	0,05	1
B01.053.01	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный	0,05	1
B01.015.01	Прием (осмотр, консультация) врача- кардиолога первичный	0,05	1
B04.012.01	Школа для больных сахарным диабетом	1	1
A25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	12
A25.22.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	12
A25.28.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	0,3	12
A25.28.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	0,3	12

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
	Инсулины и средства для лечения сахарного диабета		1		
		Инсулин растворимый [человеческий генно-инженерный] (*)	0,45	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин аспарт (*)	0,33	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин лизпро (*)	0,33	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин глулизин	0,33	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин изофан [человеческий генно-инженерный] (*)	0,5	30 ЕД	10950 ЕД
		Инсулин гларгин (*)	0,5	35 ЕД	12775 ЕД
		Инсулин детемир (*)	0,25	35 ЕД	12775 ЕД
		Инсулин двухфазный [человеческий генно-инженерный] (*)	0,05	25 ЕД	9125 ЕД
		Инсулин аспарт двухфазный (*)	0,1	45 ЕД	16425 ЕД
		Инсулин лизпро двухфазный	0,1	45 ЕД	16425 ЕД
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,5		
	Ингибиторы АПФ		0,8		
		Периндоприл (*)	0,7	4 мг	1460 мг
		Эналаприл (*)	0,3	20 мг	7300 мг
		Каптоприл (*)	0,1	75 мг	27375 мг
	Бета-блокаторы		0,3		
		Бисопролол (*)	0,5	5 мг	1825 мг
		Метопролол (*)	0,5	50 мг	18250 мг
Средства, влияющие на кровь			0,4		
	Средства, влияющие на систему свертывания крови		1		
		Тиклопидин (*)	0,3	75 мг	27375 мг
		Ацетилсалициловая кислота (*)	0,4	100 мг	36500 мг
		Сулодексид	0,2	1600 ЛЕ	584000 ЛЕ
		Эноксапарин натрий (*)	0,1	160 мг	58400 мг
Средства для лечения остеопороза			0,3		
	Стимуляторы остеобластогенеза		1		
		Альфакальцитол (*)	0,5	0,5 мкг	364,5 мкг
		Колекальциферол+ Кальция карбонат (*)	0,5	500 мг	182500 мг

<*> Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

<***> Ориентировочная дневная доза.

<***> Эквивалентная курсовая доза.

(*) Лекарственные средства предоставляются в установленном порядке в соответствии с Перечнем лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи.

Изделия медицинского назначения

Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
Тест для определения глюкозы крови к глюкометру	1	730
Шприц-ручка для введения инсулина	1	2 <*>
Инъекционные иглы к шприц-ручкам	1	110

<*> Предоставляется однократно при отсутствии шприц-ручки для введения инсулина и для замены 1 раз в 2 года.

5.2.2. Стандарты оказания медицинской помощи больным с инсулинонезависимым сахарным диабетом

Стандарт медицинской помощи больным с инсулинонезависимым сахарным диабетом

(Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 декабря 2007 г. № 748)

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети

Нозологическая форма: инсулинонезависимый сахарный диабет

Код по МКБ-10: Е 11

Фаза: хроническая

Стадия: все стадии

Осложнение: нефропатия, ретинопатия, нейропатия, катаракта, диабетическая стопа, ИБС

Условие оказания: амбулаторно-поликлиническая помощь

1.1. Диагностика

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A06.09.008	Рентгенография органов грудной клетки	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2
A09.05.084	Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Исследование цветового показателя	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A12.22.004	Глюкозотолерантный тест	0,1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	1	1
A09.28.022	Определение объема мочи	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003.001	Исследование минимального количества альбумина в моче (МАУ)	0,5	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина крови	0,2	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	0,4	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,4	1
A09.05.004	Исследование уровня липопротеинов высокой плотности в крови	0,4	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	0,4	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	1
A09.05.209	Исследование уровня ионизированного кальция в крови	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1
B01.015.01	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	1	1

1.2. Лечение из расчета 365 дней

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	12
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	12
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	12
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	4
A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	3
A02.12.001	Исследование пульса	1	12
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A02.01.001	Измерение массы тела	0,5	2
A02.03.005	Измерение роста	0,5	2
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	36
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	36
A09.05.084	Исследование уровня гликозилированного гемоглобина крови	1	4
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0,5	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	2
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,1	1
A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	0,5	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	0,5	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,5	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	2
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	4
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	0,5	4
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
A09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A09.28.003.001	Исследование минимального количества альбумина в моче (МАУ)	0,5	3
A26.28.003	Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,2	1
A04.12.005	Дуплексное сканирование артерий	0,05	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
A06.03.052	Рентгенография стопы	0,1	1
B01.029.02	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный	1	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	0,05	1
B01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	0,05	1
B01.025.01	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	0,05	1
B01.053.01	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный	0,05	1
B01.015.02	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога вторичный	1	1
B04.025.02	Школа для больных сахарным диабетом	0,7	1
A25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	12
A25.22.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	12
A25.28.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	0,3	12
A25.28.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	0,3	12

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
	Инсулины и средства для лечения сахарного диабета		1		
		Гликидон <(*)>	0,1	60 мг	21900 мг
		Глибенкламид <(*)>	0,15	7 мг	2555 мг
		Гликлазид <(*)>	0,2	60 мг	21900 мг
		Глимепирид <(*)>	0,1	6 мг	2190 мг
		Репаглинид <(*)>	0,1	12 мг	4380 мг
		Метформин <(*)>	0,5	2000 мг	730000 мг
		Акарбоза <(*)>	0,1	150 мг	54750 мг
		Пиоглитазон	0,05	30 мг	360 мг
		Росиглитазон <(*)>	0,1	8 мг	112 мг
		Глипизид <(*)>	0,1	15 мг	5475 мг
		Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный) <(*)>	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин аспарт <(*)>	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин лизпро <(*)>	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин глулизин	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин изофан (человеческий генно-инженерный) <(*)>	0,1	30 ЕД	10950 ЕД

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
		Инсулин гларгин <(*)>	0,2	35 ЕД	12775 ЕД
		Инсулин детемир <(*)>	0,2	35 ЕД	12775 ЕД
		Инсулин двухфазный (человеческий генно-инженерный) <(*)>	0,05	25 ЕД	9125 ЕД
		Инсулин аспарт двухфазный <(*)>	0,1	45 ЕД	16425 ЕД
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	Ингибиторы АПФ		0,8		
		Фозиноприл <(*)>	0,1	20 мг	7300 мг
		Периндоприл <(*)>	0,1	4 мг	1460 мг
		Эналаприл <(*)>	0,2	20 мг	7300 мг
		Рамиприл <(*)>	0,1	5 мг	1825 мг
		Каптоприл <(*)>	0,15	75 мг	27375 мг
		Лизиноприл <(*)>	0,15	20 мг	7300 мг
	Блокаторы АТ-1 рецептора		0,4		
		Телмисартан	0,4	80 мг	29200 мг
		Валсартан <(*)>	0,2	160 мг	58400 мг
		Лозартан <(*)>	0,2	100 мг	36500 мг
		Ирбесартан <(*)>	0,2	300 мг	109500 мг
		Кандесартан <(*)>	0,2	8 мг	2920 мг
	Антагонисты кальция		0,6		
		Верапамил <(*)>	0,4	480 мг	175200 мг
		Фелодипин <(*)>	0,1	5 мг	1825 мг
		Амлодипин <(*)>	0,2	10 мг	3650 мг
		Нифедипин <(*)>	0,2	30 мг	10950 мг
		Дилтиазем <(*)>	0,1	90 мг	32850 мг
	бета-блокаторы		0,4		
		Карведилол <(*)>	0,3	50 мг	18250 мг
		Небиволол <(*)>	0,3	5 мг	1825 мг
		Бисопролол <(*)>	0,2	5 мг	1825 мг
		Метопролол <(*)>	0,2	50 мг	18250 мг
Средства, влияющие на кровь			0,6		
	Гиполипидемические препараты		0,4		
		Аторвастатин <(*)>	0,5	20 мг	7300 мг
		Симвастатин <(*)>	0,5	40 мг	14600 мг
		Фенофибрат	0,2	200 мг	73000 мг
	Противоанемические средства		0,4		
		Железа (III) гидроксид полимальтозат <(*)>	0,1	100 мг	36500 мг
		Железа сульфат + Аскорбиновая кислота <(*)>	0,5	100 мг	36500 мг
		Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс <(*)>	0,3	100 мг	36500 мг

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа <*>	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД <*>	ЭКД <***>
		Железа (III) гидроксид полиизомальтозад <(*)>	0,15	100 мг	365000 мг
		Эпоэтин бета <(*)>	0,05	6000 ЕД	2190000 ЕД
	Средства, влияющие на систему свертывания крови		0,7		
		Клопидогрел	0,3	75 мг	27375 мг
		Ацетилсалициловая кислота <(*)>	0,15	100 мг	36500 мг
		Ацетилсалициловая кислота + Магния гидроксид	0,15	150 мг	54750 мг
		Сулодексид	0,2	1600 ЛЕ	584000 ЛЕ
		Эноксапарин натрия <(*)>	0,1	160 мг	58400 мг
	Надропарин кальция <(*)>	0,1	0,6 мг	219 мг	
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,1		
	Средства терапии при почечной недостаточности и пересадке органов		0,6		
		Кетостерил <(*)>	0,1	1200 мг	438000 мг
	Энтеросорбенты		0,4		
		Повидон	0,6	15 г	315 г
		Лигнин гидролизный	0,4	45 г	630 г
	Диуретики		0,5		
		Индапамид <(*)>	0,2	2,5 мг	912,5 мг
		Фуросемид <(*)>	0,6	600 мг	219000 мг
Гидрохлортиазид <(*)>		0,2	25 мг	9125 мг	
Средства для лечения остеопороза			0,6		
	Стимуляторы остеобластогенеза		1		
		Альфакальцитриол <(*)>	0,6	0,5 мкг	364,5 мкг
		Алендроновая кислота	0,4	10 мг	3650 мг
Средства для профилактики и лечения инфекции			0,9		
	Антибиотики		0,9		
		Амоксициллин + Клавулановая кислота <(*)>	0,5	1250 мг	456250 мг
		Клиндамицин <(*)>	0,5	600 мг	219000 мг

<*> Анатомо-терапевтическо-химическая классификация.

<***> Ориентировочная дневная доза.

<****> Эквивалентная курсовая доза.

<*> Лекарственные средства предоставляются в установленном порядке в соответствии с Перечнем лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи.

Изделия медицинского назначения

Наименование	Частота предоставления	Среднее кол-во
Тест для определения глюкозы крови к глюкометру	1	180
Шприц-ручка для введения инсулина	0,1	2 <*>
Инъекционные иглы к шприц-ручкам	0,1	110

<*> Предоставляется однократно при отсутствии шприц-ручки для введения инсулина и для замены 1 раз в 2 года.

5.3. Рекомендации из практического опыта

Итак, повысить эффективность собственных усилий по компенсации диабета позволит индивидуальный глюкометр, который, в случае невозможности получить бесплатно, больной сахарным диабетом должен приобрести самостоятельно во имя собственного здоровья.

Крайне важно: раз в три-четыре месяца по собственной инициативе и за собственные деньги делать анализ по определению гликированного гемоглобина в крови.

При диабете очень часто наблюдается сопутствующее поражение сердечно-сосудистой системы, в частности, – артериальная гипертония. Это является проявлением атеросклероза, который на фоне сахарного диабета может развиваться значительно быстрее и приводить к более серьезным последствиям – инфарктам, инсультам. В связи с этим больным диабетом, особенно в пожилом возрасте, необходимо тщательно следить за артериальным давлением.

Артериальное (кровенное) давление играет очень важную роль в поражении сердца и сосудов головного мозга. Систолическое (верхнее) давление не должно превышать 130 мм. рт. ст., диастолическое (нижнее) давление не должно превышать 80 мм.рт. ст. К сожалению, очень часто умеренно повышенные цифры давления не сопровождаются какими-либо ощущениями. При нормальных цифрах достаточно измерять его при каждом посещении врача. **Если же цифры давления стойко повышены, то больному сахарным диабетом необходимо приобрести аппарат для измерения артериального давления — тонометр** и регулярно самостоятельно контролировать свое давление. Делать это надо ежедневно, несколько раз в день.

Сахарный диабет сопровождается нарушением липидного (жирового) обмена, что провоцирует повышение уровня холестерина, который переносится в крови молекулами белков двух типов.

Липопротеины с низкой плотностью (ЛПНП), поставляют холестерин различным клеткам, в частности клеткам, образующим стенки наших кровеносных сосудов, которые и становятся жертвами отложений холестерина. Это «плохой» холестерин, так как он покрывает внутренние стенки сосудов, закупоривая их, что может привести к атеросклерозу, ИБС, инфаркту миокарда, сосудисто-мозговым нарушениям.

Другие липопротеины, с высокой плотностью (ЛПВП), поставляют холестерин в печень, которая затем удаляет его из организма. Этот холестерин называют «хорошим», поскольку он не откладывается в сосудах. Более того, он способствует очистке артерий от склеротических отложений. Поэтому, чем выше содержание ЛПВП, тем меньше риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Оценить компенсацию жирового обмена позволяет биохимический анализ крови, а также липидограмма, которая в большинстве случаев делается за собственный счет. При повышенном уровне холестерина в крови и регулярном приеме препаратов, назначенных врачом, целесообразно делать липидограмму хотя бы раз в полгода.

Каждый больной должен не менее 1 раза в год сдавать анализ мочи для определения белка (например, общий анализ), который делается в любой поликлинике. **Но возможно обнаружить диабетическую нефропатию и на более ранних стадиях. Для этого необходимо определить в моче микроколичества белка – микроальбуминурию (платное обследование).**

Определение микроальбуминурии (МАУ) позволяет выявить наличие диабетической нефропатии (поражения почек) на ранней стадии. .

На фоне постоянно повышенного сахара страдает сетчатка глаза. Осложнение сахарного диабета, обусловленное изменениями сосудов сетчатки, называется диабетической ретинопатией, при которой сосуды сетчатки становятся более ломкими, теряют эластичность, что приводит к изменениям всей ткани сетчатки и, в частности, к кровоизлияниям.

Вовремя заметив признаки диабетической ретинопатии, можно назначить соответствующее лечение. При необходимости проводится лазерфотokoагуляция: с помощью луча лазера прижигают измененные участки на сетчатке, что позволяет предотвратить дальнейшее прогрессирование процесса, который может привести к полной слепоте. Лазерфотokoагуляция, как правило, относится к платным медицинским услугам.

Крайне желательно раз в несколько лет делать ЭхоКГ (или УЗИ сердца) на платной основе (если нет возможности сделать это бесплатно), что позволяет более детально изучить состояние сердечной мышцы.

Среди осложнений диабета поражение ног занимает особое место: в отличие от глаз и почек, в ногах страдают крупные сосуды (артерии) и поражаются нервы (диабетическая нейропатия). При нейропатии характерно снижение чувствительности ног, что ведет к травмам; участки травматизации могут воспалиться, самостоятельного заживления не происходит (если компенсация диабета не удовлетворительна), что в конечном счете, может привести к развитию флегмоны, а в худшем случае – гангрены.

Выявить изменения в состоянии периферического кровотока и сосудов нижних конечностей может исследование, которое называется доплерография сосудов нижних конечностей. Во многих случаях эта медицинская процедура относится к платным услугам.

Таблица № 9

Оптимальная частота обследования (рекомендации из практического опыта)

Показатель	Частота обследования
Биохимический анализ крови (<i>белок, холестерин, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочеви́на, креатинин, К, Na, Ca</i>)	1 раз в год
Общий анализ крови	1 раз в год
Общий анализ мочи	1 раз в год
Микроальбуминурия (МАУ)	1 раз в год
Осмотр ног	При каждом посещении врача
ЭКГ, ЭхоКГ или УЗИ сердца (по показаниям)	1 раз в год

Крайне желательно консультироваться у высококвалифицированных врачей-специалистов, чтобы вовремя распознать ранние признаки осложнений сахарного диабета и своевременно их лечить. Возможно, есть смысл сделать это на платной основе в крупных, современно оснащенных лечебно-диагностических центрах.

Нефролог. Консультация показана при нарастании белка в моче, повышении уровня креатинина и упорной артериальной гипертензии.

Невропатолог. Консультация необходима при снижении всех видов чувствительности (например, болевой, температурной), а также болевых ощущениях в ногах, отеках.

Подолог (специалист по заболеваниям стоп). Консультация показана, если больной не может ухаживать за стопами или ему требуется специальная обувь, при изменениях суставов, язвах и инфекционных поражениях стоп, деформациях ногтей и омололопостях. Лечение синдрома диабетической стопы осуществляется эндокринологом - диабетологом в специализированных отделениях (кабинетах) – «диабетическая стопа».

Кардиолог (при необходимости – сосудистый хирург). Консультация показана при стойком повышении артериального давления, появлении симптомов ишемической болезни сердца, поражении крупных сосудов.

Эти рекомендации адресованы, в первую очередь, диабетикам, которым состояние их здоровья позволяет пока вести активный образ жизни и работать. Они очень часто отодвигают от себя мысли о болезни, не стремятся узнать о том, что с ними может

произойти через 5-10 лет. Но стоит подумать, планируя свои траты: купить новую бытовую технику или посетить платного врача-специалиста, съездить на отдых за границу или провести дорогостоящее обследование за собственный счет.

Не комментируя новую социальную политику нашего государства, составители этого сборника предлагают рыночную формулу отношения к платной медицине: **«Затраты на лечение – это долгосрочная инвестиция в собственное здоровье с высоким процентом доходности»** (в случае несогласия с этой формулой следует воспринимать ее как грустную шутку).

6. Медико-социальная поддержка льготных категорий граждан в Ростовской области

6.1. Федеральные и региональные льготные категории граждан

Как Вы уже знаете, в настоящее время существует разделение на федеральных льготников и региональных.

Федеральным льготникам социальные услуги предоставляются в порядке, предусмотренном федеральным законодательством. Региональные льготы устанавливаются нормативно-правовыми актами субъектов Российской Федерации.

К федеральным полномочиям (федеральные льготы) Согласно **Федеральному закону от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»** отнесены вопросы социальной поддержки следующих категорий граждан:

- 1) инвалиды войны;
- 2) участники Великой Отечественной войны;
- 3) ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона «О ветеранах» (в редакции Федерального закона от 2 января 2000 года № 40-ФЗ);

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004))

4) военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

5) лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

6) лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

7) члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

8) инвалиды;

9) дети-инвалиды.

Указанные граждане, согласно названному Федеральному закону, имеют право на государственную помощь в виде набора социальных услуг, подробнее о которых вы узнаете, прочитав эту брошюру.

Лица, не подпадающие под действие Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ (**региональные льготники**), получают государственную помощь), социальное обслуживание и медицинскую помощь за счет средств областного бюджета .

Из регионального бюджета финансируются:

- расходы по социальной поддержке ветеранов труда, тружеников тыла, жертв политических репрессий;
- расходы по социальной поддержке многодетных семей, детей сирот;
- социальное обслуживание отдельных категорий населения;
- государственные пособия гражданам, имеющим детей;

- государственная социальная помощь;
- адресные субсидии на оплату жилья и коммунальных услуг и др.

Согласно Областному закону от 22 октября 2004 года № 179-ЗС лица, не подпадающие под действие Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ, в соответствии с законодательством Ростовской области, при амбулаторном лечении обеспечиваются лекарственными средствами за счет средств областного бюджета, в том числе лица страдающие диабетом обеспечиваются всеми лекарственными средствами, этиловым спиртом (100грамм в месяц), инсулиновыми шприцами, шприц-ручками и иглами к ним, средствами диагностики.

С 1 января 2005 года вступили в действие принятые Законодательным Собранием области «социальные» областные законы:

- «О социальном обслуживании населения Ростовской области»
- «Об адресной социальной помощи в Ростовской области»
- «О социальной поддержке ветеранов труда»
- «О социальной поддержке тружеников тыла»
- «О социальной поддержке граждан, пострадавших от политических репрессий»
- «О социальной поддержке детства в Ростовской области»
- «О государственном ежемесячном пособии на ребенка гражданам, проживающим на территории Ростовской области»
- «Об оплате труда работников областных государственных учреждений»
- «О размерах, условиях и порядке возмещения расходов на предоставление мер социальной поддержки по оплате жилья и коммунальных услуг отдельным категориям граждан, работающих и проживающих в сельской местности»

Этими законами определены категории льготников и меры их социальной поддержки.

Министерство здравоохранения СССР

Приказ 14 декабря 1984 г. № 1412

О введении «карточки больного сахарным диабетом»

В целях дальнейшего улучшения оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом, в первую очередь в случаях развития коматозного состояния, а также регламентации получения лекарственных средств и специальных продуктов для этой категории больных ПРИКАЗЫВАЮ: Министрам здравоохранения союзных республик: 1. Ввести во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях, в которых наблюдаются больные сахарным диабетом, «Карточки больного сахарным диабетом».

3. Обязать руководителей лечебно-профилактических учреждений обеспечить больных сахарным диабетом «Карточкой больного сахарным диабетом».

КАРТОЧКА больного сахарным диабетом Дата выдачи “__” _____ 19 г.	
Фамилия, имя, отчество _____	
Адрес _____	
Тел.: домашний _____	служебный _____
4. Поликлиника № _____ района, тел.: _____	
М. П. Главный врач _____	
(подпись)	
К сведению лиц, оказывающих первую медицинскую помощь: В случае потери сознания владельцем карточки необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи или доставить в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.	

6.2. Государственная поддержка страдающих сахарным диабетом без инвалидности (региональные льготники)

Согласно постановлению Администрации Ростовской области «об обеспечении за счет средств областного бюджета жителей Ростовской области бесплатными и льгот-

ными лекарственными средствами, а также изделиями медицинского назначения при амбулаторном лечении» № 34 от 23.01.2004 за счет средств областного бюджета льгота по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения предоставляется следующим группам населения и лицам при определенных категориях заболеваний, в том числе лицам страдающим диабетом бесплатно предоставляются все лекарственные средства, этиловый спирт (100 грамм в месяц), инсулиновые шприцы, шприц-ручки и иглы к ним, средства диагностики.

Форма и объем социальной защиты диабетиков, не имеющих инвалидности – право на бесплатное получение лекарственных средств из регионального перечня дополнительного лекарственного обеспечения.

Региональный перечень практически аналогичен федеральному и даже расширен по сравнению с ним: региональные льготники в 2006 г. бесплатно получают, в отличие от федеральных, расходные материалы для самоконтроля (визуальные полоски и тест-полоски для индивидуальных глюкометров), имеют возможность бесплатно получать препарат Сиофор (федеральные льготники с середины нынешнего года получают метформин с другими торговыми названиями).

В 2010 г. все диабетики – региональные льготники, получающие лечение инсулином, будут обеспечены индивидуальными глюкометрами фирм «Джонсон и Джонсон» и «Лайф Скэн» (через врачей-эндокринологов по месту жительства).

Медицинскую помощь, санаторно-курортное лечение региональные льготники по сахарному диабету получают как и все жители Ростовской области – на основании стандартов Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2010 год.

Региональный список льготных лекарств и медтехники

Постановлением Администрации Ростовской области от 6 апреля 2009 г. № 154 «О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год» в соответствии с пунктом 5 статьи 6 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1, Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год», статьей 6 Областного закона от 22.10.2004 № 179-ЗС «Об охране здоровья жителей Ростовской области» утверждена территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области на 2009 год.

VI. Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области

1. Общие положения

Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Ростовской области в рамках территориальной программы государственных гарантий распространяются на все ЛПУ, участвующие в реализации территориальной программы ОМС, а также на государственные и муниципальные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, финансируемую за счет средств соответствующих бюджетов.

Граждане Российской Федерации имеют равные возможности в получении медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий.

1.3. Оформление медицинской документации и направление больных на консультации и лечение в учреждения здравоохранения за пределами Ростовской области осуществляются в порядке, установленном министерством здравоохранения области.

Направление больных в учреждения здравоохранения, центры, клиники Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российской академии медицинских наук и другие, финансируемые из федерального бюджета, оказывающие дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи, осуществляет министерство здравоохранения области.

2. Условиями оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС являются:

– наличие медицинских услуг в территориальной программе ОМС;

– оказание медицинских услуг в ЛПУ, имеющем лицензию и включенном в перечень учреждений, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС, согласно пункту 4 раздела II настоящей территориальной программы государственных гарантий;

– наличие действующего договора с этим ЛПУ на предоставление медицинских услуг по ОМС;

– оказание медицинских услуг лицу, застрахованному по ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации, наличие у пациента действительного на момент оказания медицинской помощи полиса ОМС, подтверждающего действие договора ОМС, заключенного в пользу застрахованного.

В случае, когда гражданам Российской Федерации, застрахованным по ОМС, оказывается экстренная медицинская помощь, предусмотренная территориальной программой ОМС, отсутствие на руках у пациента действительного на момент оказания медицинской помощи полиса ОМС не может быть причиной отказа в ее предоставлении. Экстренной является медицинская помощь, оказание которой не может быть отсрочено из-за очевидного риска неблагоприятных последствий для жизни и (или) здоровья пациента или окружающих лиц.

Медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации, расположенных за пределами Ростовской области, может быть оплачена из средств ОМС только в рамках базовой программы ОМС, утверждаемой Правительством Российской Федерации (плановая - при наличии направления министерства здравоохранения области), в соответствии с действующими договорами ОМС и установленным порядком финансовых расчетов между территориальными фондами ОМС за медицинскую помощь, оказанную за пределами территорий страхования.

3. Дополнительные условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий

3.1. В амбулаторно-поликлинических учреждениях:

3.1.1. Пациенту предоставляется возможность выбора врача-терапевта участкового, педиатра участкового, врача общей практики и лечащего врача, с учетом согласия этого врача, а также выбора медицинской организации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования с изменением выбора не чаще одного раза в год (за исключением случаев переезда на новое место жительства либо пребывания).

Плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается гражданину врачами-специалистами по направлению участкового врача, врача общей практики (семейного врача), к которому прикреплен этот гражданин.

3.1.2. При проведении плановых посещений и диагностических исследований возможно наличие очереди плановых больных на прием к врачу, время ожидания - не более 45 минут. Вне очереди обслуживаются больные с высокой температурой, беременные женщины, ветераны Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица. По экстренным показаниям медицинская помощь в амбулаторно-поликлиническом учреждении здравоохранения оказывается с момента обращения пациента.

3.1.3. Возможно получение пациентом медицинской помощи на дому при невозможности посещения поликлиники по состоянию здоровья. Посещение больного участковым врачом на дому производится в течение шести часов с момента поступления вызова в поликлинику.

3.1.4. Возможно наличие очередности на льготное зубопротезирование.

3.2. В стационарных учреждениях:

3.2.1. Возможно наличие очереди на плановую госпитализацию, время ожидания - не более 1 месяца. При состояниях, угрожающих жизни, а также в случаях возникновения особо опасных инфекций пациент госпитализируется немедленно.

3.2.2. Больные могут быть размещены в палатах на два и более мест, в одноместных палатах - по медицинским показаниям. Условия пребывания повышенной комфортности могут оплачиваться дополнительно за счет личных средств граждан и других источников.

3.2.3. Больные, роженицы и родильницы обеспечиваются лечебным питанием в соответствии с физиологическими нормами и в пределах норм расходов на питание, заложенных в тарифы на медицинские услуги по ОМС, и нормативных затрат на койко-день при бюджетном финансировании. Питание по расширенному рациону, питание в

дневных стационарах может производиться за счет средств хозяйствующих субъектов и личных средств граждан.

3.2.4. Предоставляется возможность одному из родителей или иному члену семьи находиться вместе с больным ребенком. Питанием и койкой обеспечивается лицо, ухаживающее за госпитализированным ребенком до семи лет (за ребенком старше семи лет - при наличии медицинских показаний для ухода).

4. В дневных стационарах всех типов:

4.1. Дневной стационар всех типов организуется для лечения больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и интенсивных методов диагностики и лечения, а также изоляции по эпидемиологическим показаниям, по которым показана лечебно-диагностическая помощь в дневное время.

4.2. Обследование и лечение пациентов в дневном стационаре производятся по направлению врача амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) или врача стационара в установленном порядке. Направление производится в плановом порядке. Возможно наличие очереди на госпитализацию в дневной стационар, но не позднее одного месяца со дня получения направления на госпитализацию.

4.3. На больного, находящегося на обследовании и лечении в дневном стационаре, ведется медицинская документация, предусмотренная для соответствующих учреждений (подразделений) здравоохранения.

4.4. Обеспечение больных лечебным питанием осуществляется в дневных стационарах психиатрических (психоневрологических) и фтизиатрических учреждений, финансируемых из средств областного бюджета, и специализированных дневных стационарах (гематологическом и для детей с задержкой речи) ГУЗ «Областная детская больница», в остальных учреждениях - на платной основе.

5. Лекарственное обеспечение

5.1. Обеспечение жителей Ростовской области лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется аптечными предприятиями, имеющими соответствующую лицензию.

5.2. При амбулаторно-поликлинической помощи (по видам медицинской помощи, включенным в территориальную программу государственных гарантий) лекарственное обеспечение производится за счет личных средств граждан, за исключением лекарственного обеспечения пациентов в процессе амбулаторного приема, диагностических и лечебных амбулаторных манипуляций, которое осуществляется медицинским учреждением за счет средств ОМС или соответствующего бюджета, согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденному Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.03.2007 № 376-р, Перечню лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ростовской области и РОФОМС от 17.12.2004 № 466/15-212.

Лекарственное обеспечение граждан, имеющих льготы на лекарственное обеспечение, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Ростовской области, в том числе в соответствии с постановлением Администрации Ростовской области от 23.01.2004 № 34 «О льготном обеспечении жителей Ростовской области лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». (в ред. постановления Администрации РО от 13.11.2009 № 603)

5.3. При оказании медицинской помощи по ОМС в стационаре, дневных стационарах всех типов пациентам предоставляется бесплатное лекарственное обеспечение в соответствии с приказом министерства здравоохранения Ростовской области и РОФОМС от 17.12.2004 № 466/15-212 «О Перечне лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации областной программы обязательного медицинского страхования». В случае необходимости предоставления пациентам лекарственных средств и изделий медицинского назначения, не предусмотренных приказом министерства здравоохранения Ростовской области и РОФОМС от 17.12.2004 № 466/15-212, бесплатное лекарственное обеспечение осуществляется при наличии средств в пределах сумм, зарабатываемых ЛПУ по тарифам на медицинские услуги, оставшихся после 100-процентного обеспечения медикаментами в соответствии с указанным приказом. В этом случае бесплатное лекарствен-

ное обеспечение осуществляется в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.03.2007 № 376-р. Предоставление лекарственной помощи помимо Распоряжения Правительства Российской Федерации от 29.03.2007 № 376-р осуществляется по решению врачебной комиссии ЛПУ. Ответственность за обоснованность назначения и решения врачебной комиссии возлагается на руководителя медицинского учреждения.

Лекарственная помощь сверх предусмотренной территориальной программой государственных гарантий предоставляется пациентам на платной основе.

5.4. При оказании скорой медицинской помощи обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения производится согласно Примерному перечню оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации». (пп. 5.4 введен постановлением Администрации РО от 13.11.2009 № 603)

6. Финансирование содержания лечебно-профилактических учреждений при наличии расходов, не связанных с выполнением территориальной программы государственных гарантий (при невыполнении ЛПУ и их подразделениями функций по оказанию медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий, в том числе при закрытии на ремонт и по другим причинам) или не связанных с оказанием услуг сверх гарантированных объемов, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий, обеспечивается собственником учреждения в случае принятия собственником такого решения.

Постановлением Администрации Ростовской области от 23 января 2004 г. № 34 «О льготном обеспечении жителей Ростовской области лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (в ред. от 28.10.2009 № 558) утверждено «Положение об обеспечении за счет средств областного бюджета жителей Ростовской области бесплатными и льготными лекарственными средствами, а также изделиями медицинского назначения при амбулаторном лечении»

Положение определяет порядок обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания групп населения и лиц при определенных категориях заболеваний, имеющих право на льготы

За счет средств областного бюджета льгота по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания предоставляется следующим группам населения и лицам при определенных категориях заболеваний:

Группы населения	Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения
Дети первых трех лет жизни	все лекарственные средства
Пенсионеры, получающие пенсию по старости или по случаю кормильца в минимальных размерах	все лекарственные средства
Другие группы населения, страдающие следующими заболеваниями:	
Детские церебральные параличи	лекарственные средства для лечения данной категории заболеваний
Гепатocereбральная дистрофия и фенилкетонурия	безбелковые продукты питания, белковые гидролизаты, ферменты, психостимуляторы, витамины, биостимуляторы
Муковисцидоз (больным детям)	Ферменты
Системные хронические тяжелые заболевания кожи	лекарственные средства для лечения данного заболевания

Группы населения	Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения
Бронхиальная астма	лекарственные средства для лечения данного заболевания
Ревматизм и ревматоидный артрит, системная (острая) красная волчанка, болезнь Бехтерева	стероидные гормоны, цитостатики, препараты коллоидного золота, противовоспалительные нестероидные препараты, антибиотики, антигистаминные препараты, сердечные гликозиды, коронаролитики, мочегонные, антагонисты Са, препараты К, хондропротекторы
Инфаркт миокарда (первые шесть месяцев)	лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания
Состояние после операции по протезированию клапанов сердца	антикоагулянты
Пересадка органов и тканей	цитостатики, стероидные гормоны, иммунодепрессанты, противогрибковые, противогерпетические, противоиммуновиральные препараты, антибиотики, уросептики, антикоагулянты, дезагреганты, коронаролитики, антагонисты Са, препараты К, гипотензивные препараты, спазмолитики, диуретики, гепатопротекторы, ферменты поджелудочной железы
Гипофизарный нанизм	анаболические стероиды, половые гормоны, инсулин, тиреоидные препараты, поливитамины, соматотропный гормон
Рассеянный склероз	лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания
Миастения	антихолинэстеразные лекарственные средства, стероидные гормоны
Миопатия	лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания
Мозжечковая атаксия Мари	лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания
Болезнь Паркинсона	противопаркинсонические лекарственные средства
Глаукома, катаракта	антихолинэстеразные, холиномиметические, дегидратационные, мочегонные средства
Аддисонова болезнь	гормоны коры надпочечников (минерало- и глюкокортикоиды)
Шизофрения и эпилепсия	все лекарственные средства
Психические заболевания (больным, работающим в лечебно-производственных государственных предприятиях, для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях)	все лекарственные средства
Гематологические заболевания, гемобластозы, цитопения, наследственные гемопатии	цитостатики, иммунодепрессанты, иммунокорректоры, стероидные и нестероидные гормоны, антибиотики и другие препараты для лечения данных заболеваний и коррекции осложнений их лечения
Сифилис	антибиотики, препараты висмута
Хронические урологические заболевания	катетеры Пеццера
Преждевременное половое развитие	стероидные гормоны, парлодел, андрокур

Группы населения	Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения
Онкологические заболевания	все лекарственные средства, перевязочные средства инкурабельным онкологическим больным
Острая перемежающаяся порфирия	анальгетики, β-блокаторы, фосфаден, рибоксин, андрогены, аденил
Лучевая болезнь	лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания
Лепра	все лекарственные средства
Тяжелая форма бруцеллеза	антибиотики, анальгетики, нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты
Диабет	все лекарственные средства, этиловый спирт (100 грамм в месяц), инсулиновые шприцы, шприц-ручки и иглы к ним, средства диагностики
Отдельные группы населения, страдающие гельминтозами	противоглистные лекарственные средства

Кроме того, Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. определен минимум обеспечения жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными формами.

6.3. Государственная поддержка больных сахарным диабетом с инвалидностью (федеральные льготники).

6.3.1. Кто является федеральным льготником

Согласно Федеральному закону от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» «федеральными» льготниками являются:

- 1) инвалиды войны;
- 2) участники Великой Отечественной войны;
- 3) ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 – 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона «О ветеранах» (в редакции Федерального закона от 2 января 2000 года № 40-ФЗ); (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред. 29.12.2004))
- 4) военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;
- 5) лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;
- 6) лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;
- 7) члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;
- 8) инвалиды;
- 9) дети-инвалиды.

Теперь, когда мы знаем положения Основного Закона России – Конституции и международные правовые акты, в соответствии с которыми должны приниматься все

нормативные акты как государства, так и его республик, краев и областей, давайте перейдем к ознакомлению с российским законодательством.

Начнем это знакомство мы с основного закона, который предусматривает социальную защиту инвалидов по всем направлениям человеческой жизни.

И пусть Вас не смущают различные изменения в законодательстве, различные замены льгот деньгами и наоборот: **защита прав человека и инвалида останется неизменной** как в международном законодательстве, как в Конституции РФ, так и в судебной практике.

То есть, **порядок обжалования действий должностных лиц останется прежним**, несмотря на какие-либо изменения в социальном законодательстве, и Вам главное знать этот порядок, не останавливаться в защите своих прав несмотря ни на что и знать, что если Вы не позаботитесь о себе, то никто не позаботится о Вас.

Итак, Федеральный закон **«О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»** от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ.

Одно из самых важных определений, касающегося нашей жизни, содержится в статье 1 этого закона, где дается понятие **«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».

А ограничение жизнедеятельности, согласно этой же статьи, это «полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью».

И уже 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».

Почему эти понятия так важны для нас при защите своих прав?

Потому что они не дают права чиновникам самим придумывать свои определения кто является инвалидом, а кто нет.

Есть у нас **нарушение здоровья**? Есть.

Можно ли восстановить функции нашего организма, в частности поджелудочной железы, по выработке инсулина? Нет, это стойкое расстройство.

Ограничивает ли нас в повседневной жизни это нарушение здоровья? Да.

Можем ли мы в полной мере обучаться или работать там, где хотим? Нет, потому что из-за постоянной необходимости самоконтроля за уровнем сахара в крови, соблюдения диеты и инъекций инсулина или приема сахароснижающих препаратов, из-за ухудшения зрения и других осложнений сахарного диабета, возможности нашего обучения или работы очень ограничены.

Вот после ответов на эти вопросы и можно дать ответ, кто является инвалидом, а кто нет.

И именно так нужно Вам в последующей жизни читать положения законов – раскладывать по полочкам эти понятия и примерять их к себе.

Читая же изданные во исполнение этого закона постановления или инструкции, также примеряйте их к этому закону, потому что они часто противоречат закону или неправильно толкуют его.

Поскольку, в соответствии со статьей 1, признание лица инвалидом осуществляется государственной службой медико-социальной экспертизы, статья 8 этого закона возлагает на службу МСЭ «определение группы инвалидности», потребности инвалида в различных видах социальной защиты и, что очень важно, разработку индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Итак, пришло время рассмотреть другой волнующий всех нас вопрос – **установление инвалидности**.

Сколько слез пролито, сколько жалоб написано, сколько копей переломано по этому поводу, а проблемы так и остаются, в диабетические организации юга России продолжают идти письма о том, что ребенку, больному диабетом, не дали группу инвалидности, что инвалиду 2 группы установили 3 группу, и т.п.

В соответствии со статьей 50 «О социальной защите инвалидов в РФ» «Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения.

Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудовому устройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Порядок организации и производства медико-социальной экспертизы устанавливается законодательством Российской Федерации.

Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Заключение учреждения, производившего медико-социальную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

По этому вопросу Правительство РФ 20.02.2006года приняло Постановление № 95, которым утвердило (в ред. Постановления Правительства РФ от 7.04.2008, № 247) Правила признания лица инвалидом (без классификационных критериев)

6.3.2. Порядок установления инвалидности

6.3.2.1. Правила признания лица инвалидом

Правила признания лица инвалидом

(Утверждены Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95) (в ред. Постановления Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 1121).

I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» порядок и условия признания лица инвалидом. Признание лица (далее - гражданин) инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главными бюро медико-социальной экспертизы (далее - главные бюро), а также бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро), являющимися филиалами главных бюро.

2. Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3. Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности) и его реабилитационного потенциала.

4. Специалисты бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязаны ознакомить гражданина (его законного представителя) с порядком и условиями признания гражданина инвалидом, а также давать разъяснения гражданам по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

II. Условия признания гражданина инвалидом

5. Условиями признания гражданина инвалидом являются:

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.

6. Наличие одного из указанных в пункте 5 настоящих Правил условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

7. 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».

8. При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется в соответствии с классификациями и критериями, предусмотренными пунктом 2 настоящих Правил, степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения) либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

9. 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.

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

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

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

13. 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 заболевание, 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 настоящим 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») по основаниям, указанным в абзацах втором и третьем настоящего пункта, 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 в соответствии с пунктом 17 настоящих Правил содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных мероприятий.

Гражданам, обратившимся в бюро самостоятельно в соответствии с пунктом 19 настоящих Правил, 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.

13.1. Граждане, которым установлена категория «ребенок-инвалид», по достижении возраста 18 лет подлежат переосвидетельствованию в порядке, установленном настоящими Правилами. При этом исчисление сроков, предусмотренных абзацами

вторым и третьим пункта 13 настоящих Правил, осуществляется со дня установления им группы инвалидности впервые после достижения возраста 18 лет.

14. 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.

III. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

IV. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина

20. 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).

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. При проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведется протокол.

27. 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).

28. 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.

29. 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.

30. 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 до-

кументов направляется в Федеральное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в главном бюро.

31. 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.

32. 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.

33. 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.

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

35. 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.

36. 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.

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

V. Порядок переосвидетельствования инвалида

38. Переосвидетельствование инвалида проводится в порядке, предусмотренном разделами I - IV настоящих Правил.

39. 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.

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

41. 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.

VI. Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро

42. 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.

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

44. 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.

45. 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.

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

*Приложение
к Правилам признания лица инвалидом
(в редакции постановления Правительства Российской Федерации
от 7 апреля 2008 г. № 247)*

Перечень заболеваний, дефектов, необратимых морфологических изменений, нарушений функций органов и систем организма, при которых группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категория «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет) устанавливается гражданам не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид»)

1. Злокачественные новообразования (с метастазами и рецидивами после радикального лечения; метастазы без выявленного первичного очага при неэффективности лечения; тяжелое общее состояние после паллиативного лечения, инкурабельность заболевания с выраженными явлениями интоксикации, кахексии и распадом опухоли).

2. Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей с выраженными явлениями интоксикации и тяжелым общим состоянием.

3. Неоперабельные доброкачественные новообразования головного и спинного мозга со стойкими выраженными нарушениями двигательных, речевых, зрительных функций (выраженные гемипарезы, парепарезы, трипарезы, тетрапарезы, гемиплегии,

параплегии, триплегии, тетраплегии) и выраженными ликвородинамическими нарушениями.

4. Отсутствие гортани после ее оперативного удаления.

5. Врожденное и приобретенное слабоумие (выраженная деменция, умственная отсталость тяжелая, умственная отсталость глубокая).

6. Болезни нервной системы с хроническим прогрессирующим течением, со стойкими выраженными нарушениями двигательных, речевых, зрительных функций (выраженные гемипарезы, парепарезы, трипарезы, тетрапарезы, гемиплегии, параплегии, триплегии, тетраплегии, атаксия, тотальная афазия).

7. Наследственные прогрессирующие нервно-мышечные заболевания (псевдогипертрофическая миодистрофия Дюшенна, спинальная амиотрофия Вердника-Гоффмана), прогрессирующие нервно-мышечные заболевания с нарушением бульбарных функций, атрофией мышц, нарушением двигательных функций и (или) нарушением бульбарных функций.

8. Тяжелые формы нейродегенеративных заболеваний головного мозга (паркинсонизм плюс).

9. Полная слепота на оба глаза при неэффективности проводимого лечения; снижение остроты зрения на оба глаза и в лучше видящем глазу до 0,03 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения обоих глаз до 10 градусов в результате стойких и необратимых изменений.

10. Полная слепоглухота.

11. Врожденная глухота при невозможности слухозэндопротезирования (кохлеарная имплантация).

12. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением с тяжелыми осложнениями со стороны центральной нервной системы (со стойкими выраженными нарушениями двигательных, речевых, зрительных функций), мышцы сердца (сопровождающиеся недостаточностью кровообращения IIБ-III степени и коронарной недостаточностью III-IV функционального класса), почек (хроническая почечная недостаточность IIБ-III стадии).

13. Ишемическая болезнь сердца с коронарной недостаточностью III-IV функционального класса стенокардии и стойким нарушением кровообращения IIБ-III степени.

14. Болезни органов дыхания с прогрессирующим течением, сопровождающиеся стойкой дыхательной недостаточностью II-III степени, в сочетании с недостаточностью кровообращения IIБ-III степени.

15. Цирроз печени с гепатоспленомегалией и портальной гипертензией III степени.

16. Неустраняемые каловые свищи, стомы.

17. Резко выраженная контрактура или анкилоз крупных суставов верхних и нижних конечностей в функционально невыгодном положении (при невозможности эндопротезирования).

18. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности.

19. Неустраняемые мочевые свищи, стомы.

20. Врожденные аномалии развития костно-мышечной системы с выраженными стойкими нарушениями функции опоры и передвижения при невозможности коррегирования.

21. Последствия травматического повреждения головного (спинного) мозга со стойкими выраженными нарушениями двигательных, речевых, зрительных функций (выраженные гемипарезы, парепарезы, трипарезы, тетрапарезы, гемиплегии, параплегии, триплегии, тетраплегии, атаксия, тотальная афазия) и тяжелым расстройством функции тазовых органов.

22. Дефекты верхней конечности: ампутация области плечевого сустава, экзартикуляция плеча, культи плеча, предплечья, отсутствие кисти, отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый, отсутствие трех пальцев кисти, включая первый.

23. Дефекты и деформации нижней конечности: ампутация области тазобедренного сустава, экзартикуляция бедра, культи бедра, голени, отсутствие стопы.

Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы

I. Общие положения

1. Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

2. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют условия установления степени ограничения способности к трудовой деятельности и групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид»).

II. Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности

3. К основным видам нарушений функций организма человека относятся:

нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);

нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;

нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

4. При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

1 степень - незначительные нарушения,

2 степень - умеренные нарушения,

3 степень - выраженные нарушения,

4 степень - значительно выраженные нарушения.

III. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

5. К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

способность к самообслуживанию;

способность к самостоятельному передвижению;

способность к ориентации;

способность к общению;

способность контролировать свое поведение;

способность к обучению;

способность к трудовой деятельности.

6. При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности:

а) способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной постоянной помощи и полная зависимость от других лиц;

б) способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

в) способность к ориентации - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения;

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

г) способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

д) способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

е) способность к обучению - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

2 степень - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

3 степень - неспособность к обучению;

ж) способность к трудовой деятельности - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности.

7. Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

IV. Критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности

8. Способность к трудовой деятельности включает в себя:

способность человека к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда;

способность человека осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений санитарно-гигиенических условий труда, дополнительных мер по организации труда, специального оборудования и оснащения, сменности, темпов, объема и тяжести работы;

способность человека взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях;

способность к мотивации труда;

способность соблюдать рабочий график;

способность к организации рабочего дня (организации трудового процесса во временной последовательности).

9. Оценка показателей способности к трудовой деятельности производится с учетом имеющихся профессиональных знаний, умений и навыков.

10. Критерием установления 1 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к снижению квалификации, объема, тяжести и напряженности выполняемой работы, невозможности продолжать работу по основной профессии при возможности выполнения других видов работ более низкой квалификации в обычных условиях труда в следующих случаях:

при выполнении работы в обычных условиях труда по основной профессии с уменьшением объема производственной деятельности не менее чем в 2 раза, снижением тяжести труда не менее чем на два класса;

при переводе на другую работу более низкой квалификации в обычных условиях труда в связи с невозможностью продолжать работу по основной профессии.

11. Критерием установления 2 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, при котором возможно осуществление выполнения трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц.

12. Критерием установления 3 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к полной неспособности к трудовой деятельности, в том числе в специально созданных условиях, или противопоказанности трудовой деятельности.

V. Критерии установления групп инвалидности

13. Критерием для определения первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контролировать свое поведение третьей степени.

14. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к ориентации второй степени;
- способностям к общению второй степени;
- способностям контролировать свое поведение второй степени;
- способностям к обучению третьей, второй степеней;
- способностям к трудовой деятельности третьей, второй степеней.

15. Критерием для определения третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности 1 степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию первой степени;
- способностям к передвижению первой степени;
- способностям к ориентации первой степени;
- способностям к общению первой степени;
- способностям контролировать свое поведение первой степени;
- способностям к обучению первой степени.

16. Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Однако самым сложным, самым непонятным и основным документом, регламентирующим главный вопрос при прохождении медико-социальной экспертизы, документом, вызывающим наибольшее количество жалоб инвалидов, являются «Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы».

Этим документом устанавливаются различные критерии (определения) 1,2 и 3 групп инвалидности: 1-я группа – стойкое ЗНАЧИТЕЛЬНО выраженное расстройство функций организма, приводящее к ограничению одной из категорий жизнедеятельности или их сочетанию; 2-я группа – стойкое ВЫРАЖЕННОЕ расстройство функций организма, приводящее к ограничению одной из категорий жизнедеятельности или их сочетанию; 3-я группа – стойкое УМЕРЕННО выраженное расстройство функций организма, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности или ограничению категорий жизнедеятельности.

В связи с этим выделяется 4 степени выраженности нарушений функций организма: 1 степень - незначительные нарушения, 2 степень - умеренные нарушения, 3 степень - выраженные нарушения, 4 степень - значительно выраженные нарушения.

В соответствии с ними, инвалидность – это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Причем интересно и, в то же время, важно, что «здоровье» в этом документе трактуется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

В связи с этим, под нарушением здоровья понимается физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Ограничение жизнедеятельности - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, а степень ограничения жизнедеятельности - величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Вот в соответствии с этими непонятными понятиями разработаны «Критерии определения групп инвалидности», которые также неконкретны и эти формулировки каждый может трактовать в своих интересах.

Так, критерием для определения первой группы инвалидности является нарушение здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, приводящим к резко выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

При определении второй группы инвалидности применяются понятия «с выраженным расстройством функций организма и выраженным ограничением одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанием», а к третьей группы инвалидности — «с незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма и не резко или умеренно выраженное ограничение одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетание».

Разобраться же в понятиях сочетаний ограничений способностей к обучению, общению и т.п., в зависимости от их степеней, от чего зависит установление второй или третьей группы инвалидности, вообще невозможно, поскольку они сверхнеконкретны.

Поэтому после установления группы инвалидности или отказа в установлении инвалидности по таким критериям без жалоб не обойтись.

При таких нечетких определениях критериев всегда появляются противоречия между освидетельствуемыми и лицами, проводящими медико-социальную экспертизу.

Такое положение вещей, практически полностью несоответствующее положениям международных документов о правах инвалидов, создалось в последнее время.

В ранее действовавших документах понятия и формулировки вопросов установления инвалидности были более конкретны, но эти документы по непонятным причинам, якобы «в интересах инвалидов» утратили силу.

6.3.2.2. Обжалование решений об установлении инвалидности

В суд _____ района

г. Ростова-на-Дону

от фамилия, имя, отчество

проживающей по адресу:

г. Ростов-на-Дону, ул. _____

ОТВЕТЧИК: Главное бюро МСЭ

(орган государственной власти или

должностное лицо, чьи действия обжалуются, адрес)

ЖАЛОБА

О признании незаконным решения МСЭ

12 декабря 2003 года состав № 3 МСЭ во главе с _____ (указать должностное лицо, место его работы (органа государственной власти),

после освидетельствования мне была установлена 3 группы инвалидности. Данное решение МСЭ принято с нарушением установленных критериев используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы и не соответствует Правилам признания лица инвалидом. А именно не соответствует п.п. _____. (указать пункты и название Постановлений)

По медицинским показаниям врачей (перечислить специализации врачей и медицинские организации) у меня должна быть 2 группа инвалидности.

(какие совершены действия, нарушающие права и законные интересы гражданина, подающего жалобу, время их совершения).

Неправомерные действия МСЭ (указать должностное лицо или орган государственной власти) подтверждают следующим:

В направлении на МСЭ и в медицинских документах у меня указаны следующие осложнения сахарного диабета: _____

(указать мотивы, по которым заявитель считает действия органа власти (должностного лица) неправомерными, _____, ущемляющими его интересы)

22 декабря 2003 года я обратилась с жалобой на эти действия к вышестоящему в порядке подчиненности органу – Главному бюро МСЭ _____

(указать наименование вышестоящего в порядке подчиненности _____ должностного лица или органа)

я просила изменить решение МСЭ-3 в соответствии с моим состоянием здоровья и также просила разработать мне индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Однако, обжалуемое мною **решение МСЭ вышестоящими должностными лицами МСЭ оставлено без изменений** (ответ в установленный срок не дан), индивидуальная программа реабилитации инвалида не разработана и не выдана.

Принятие должностными лицами МСЭ обжалуемого решения нарушаются мои права на _____, и создаются препятствия в _____

На основании ст.ст. 7 Закона РФ «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан»,
ПРОШУ:

1. **Признать** решения МСЭ-3 и Главного бюро МСЭ об установлении мне 3 группы инвалидности **незаконным, поскольку оно не соответствует пп....** Положению о признании лица инвалидом и Классификациям и временным критериям, используемым при осуществлении МСЭ.

2. Обязать Главное бюро МСЭ установить мне группу инвалидности, соответствующую моему состоянию и степени ограничения жизнедеятельности, а также _____ (должностное лицо)

(наименование органа государственной власти) восстановить допущенное нарушение моего права и разработать мне индивидуальную программу реабилитации.

В порядке подготовки дела к слушанию истребовать материалы по моей жалобе от _____ (наименование вышестоящего в порядке подчиненности должностного лица или органа)

Приложение:

1. Документ, который оспаривается (решение МСЭ)

Заключения врачей о том что заболевание соответствует 2-й группе

2. Ответ органа государственной власти или должностного лица, в связи с которым подана жалоба (при наличии).

3. Имеющиеся письменные доказательства неправомерности действий должностного лица, органа государственной власти.

4. Копия жалобы.

5. Квитанция (марка) об уплате госпошлины. (подпись, дата)

6. При необходимости другие документы.

Согласно Федеральному закону «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан», гражданин освобождается от обязанности доказывать незаконность обжалуемых действий (решений), но обязан доказать факт нарушения своих прав и свобод.

6.3.2.3. Индивидуальные программы реабилитации и реабилитация инвалидов

Что такое реабилитация инвалида?

Согласно закону - это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Цепью реабилитации явля-

ются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитация (от латинского *Rehabilitatio*, что значит «восстановление») включает в себя:

- медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;
- профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации, трудоустройства;
- социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации. Частью общей реабилитации является и психологическая помощь инвалиду.

Меж тем, существует такой документ, который во многих случаях позволяет обойтись без «обивания порогов» и считать решенными вышеперечисленные вопросы. Он прилагается к справке МСЭ об установлении группы инвалидности и называется «Индивидуальная программа реабилитации инвалида».

Что такое Индивидуальная программа реабилитации инвалидов?

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. ИПР инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. ИПР инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с Федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплату которых принимают участие сам инвалид или его законный представитель либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

ИПР имеет для инвалида рекомендательный характер, он или его законный представитель вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Если предусмотрено ИПР техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид или его законный представитель приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

Конкретный механизм реализации этого права обеспечивается «Примерным положением об индивидуальной программе реабилитации инвалида (ИПР)», **утвержденным** Постановлением Министерства труда и социального развития № 14 от 14.12.96 г.

ИПР выдается в виде единой формы установленного образца и состоит из следующих разделов:

- паспортная часть, включающая сведения: об образовании, профессии, выполняемой к моменту освидетельствования работе, социально-бытовом, социально-экономическом, социально-средовом статусах и социально-средовых условиях, а также группе инвалидности, установленных инвалиду при освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы;
- клинический и реабилитационный прогнозы, реабилитационный потенциал и реабилитационно-экспертное заключение;
- мероприятия по медицинской реабилитации;
- мероприятия по профессиональной реабилитации;
- мероприятия по социальной реабилитации;
- мероприятия по психологической реабилитации;

- заключение учреждения реабилитационной службы о выполнении ИПР и ее результатах;
- заключение о выполнении ИПР.

Читая в дальнейшем законодательные акты, особенно о льготах, обратите внимание: в каждом законе обеспечение какой-либо льготой обусловлено *индивидуальной программой реабилитации*.

Почему это важно? Потому что, если внимательно прочитать Закон, можно увидеть – *индивидуальная программа реабилитации инвалидов* дает, если добиться соблюдения закона, больше, чем все существующие льготы вместе взятые.

Статья 10. Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов - гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, предоставляемых инвалиду бесплатно.

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) - перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, с учетом прогнозируемого уровня его здоровья.

В ИПР определяются виды, формы рекомендуемых инвалиду реабилитационных мероприятий, их объемы, сроки исполнения и исполнители.

Руководители предприятий, учреждений, организаций, не выполняющие мероприятия, определенные в ИПР, несут ответственность в соответствии с законом «О социальной защите инвалидов в РФ».

В случае возникновения конфликтной ситуации между инвалидом (или его законным представителем) и исполнителями ИПР спор разрешается в судебном порядке по заявлению истца.

Более подробно познакомиться с ИПР позволит «Примерное положение об индивидуальной программе реабилитации инвалидов», принятое как Приложение к Постановлению Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1996 года № 14.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти.

Этот документ дает также ответ на вопрос «зачем каждый год проходить МСЭ, если диабет неизлечим?».

Вовсе не затем, чтобы получив группу инвалидности, приобрести регулярные денежные выплаты в виде пенсии и бесплатный проезд в городском транспорте. ИПР дает многое-многое другое - то, что должно компенсировать его «ограничения жизнедеятельности».

А для человека с диабетом это средства самоконтроля - потому что без них он не может участвовать в жизни общества, его существование ограничено пределами собственного жилья и больничной палаты, а его дальнейшая инвалидизация неизбежна.

Поэтому, установив группу инвалидности, комиссия МСЭ обязана разработать *индивидуальную программу реабилитации инвалида*.

Реабилитация состоит из трех программ: медицинской, профессиональной и социальной.

Для человека с диабетом, безусловно, наиболее важной является медицинская программа - ведь именно в этой части ИПР должно быть записано, *сколько и каких средств самоконтроля получит инвалид* за счет средств Федерального бюджета (или других органов).

В комиссии МСЭ не всегда есть специалисты, которые знают, что такое диабет и средства самоконтроля. Но члены комиссии опираются на рекомендации лечащего эндокринолога, который не должен «забывать» письменно указать, сколько раз в сутки и чем его пациенту необходимо проверять сахар крови.

Законом о социальной защите предусмотрено, что инвалид «вправе самостоятельно решать вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации...»

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство или оплатил услугу за собственный счет, то

ему *выплачивается компенсация* в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду (статья 11).

Итак, если в вашей ИПР в медицинской программе записано: «Обеспечение тест-полосками для глюкометра такого-то в количестве 200 штук в месяце», то вам *обязаны* их предоставить или оплатить расходы на их приобретение.

Возникает закономерный вопрос: кто обязан, и кто понесет ответственность, если этот пункт ИПР не будет выполнен? – «Государственная служба реабилитации инвалидов - совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов местного самоуправления, учреждений различного уровня, осуществляющих мероприятия медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов... Координация деятельности в сфере реабилитации инвалидов осуществляется Министерством социальной защиты населения Российской Федерации» (статья 12).

Требований, которые могут войти в ИПР, довольно много. Они касаются не только лечения или получения профессии. Например, в раздел «социальная адаптация» могут войти «обучение навыкам самоконтроля», «обучение членов семьи, родственников, знакомых, сотрудников по работе общению с инвалидом, оказанию ему необходимой помощи», «содействие в организации и проведении досуга», «занятия спортом», «психологическая помощь, направленная на воспитание уверенности в себе, совершенствование положительных качеств...» и т.п.

Из Федерального закона «**О социальной защите инвалидов в Российской Федерации**» № 181-ФЗ от 24.11.1995 г.

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

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

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплату которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федерального перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами. (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое средство реабилитации либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического средства реабилитации, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду. (в ред. Федеральных законов от 23.10.2003 № 132-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ)

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

Как получить ИПР?

Человеку с инвалидностью или его законному представителю необходимо обратиться к участковому врачу или специалисту, который его (или ребенка-инвалида) наблюдает, с устным заявлением: «Для разработки ИПР заполните мне (или для моего ребенка) направление на медико-социальную экспертизу лечебного учреждения (посыльный лист: форма 088/у-97)».

Посыльный лист (форма 088/у-97) в течение 3-х месяцев с момента освидетельствования является действительным для разработки ИПР.

С данным направлением (форма 088/у-97) в поликлинике надо обойти указанных узких специалистов: невропатолога, терапевта, окулиста, ЛОР, хирурга и т. д. (инвалиды I группы имеют право пригласить специалистов на дом).

После прохождения всех специалистов ответственный по МСЭ подписывает лист и ставит печать медицинского учреждения.

В бланке ИПР он же заполняет паспортную часть ИПР, куда включаются сведения об образовании, профессии, социальном статусе, группе и причине инвалидности, установленные БМСЭ.

Далее комплектуется пакет документов для предоставления в БМСЭ:

Заявление в 2-х экземплярах следующего содержания:

Руководителю БМСЭ №

От (Ф. И. О. полностью)

*Инвалида группы, проживающего по адресу: (полный домашний адрес)
телефон:*

Заявление

Прошу разработать для меня (или моего ребенка) индивидуальную программу реабилитации с обязательным отражением в ней следующих рекомендаций, мероприятий, средств и услуг реабилитации (из перечисленного ниже выбираете только то, что действительно является для вас необходимым).

Медицинская реабилитация:

– *постановка меня на диспансерный учет, проведение амбулаторного обследования (виды, методы, периодичность амбулаторного обследования);*

– *стационарное лечение (прос/п/в стационара и периодичность лечения в нем);*

– *медикаментозно-лекарственное обеспечение (типы препаратов и периодичность приема);*

– *санаторное-курортное лечение (профиль и периодичность лечения);*

– *технические средства медико-социальной реабилитации (протезы, шприцы, бандажей, емкостные приемники и другие аналогичные средства их количество и периодичность применения);*

– *нуждаемость в специализированном медицинском реабилитационном центре (его профиль и периодичность пребывания в нем) и т. д.*

Профессионально-трудова реабилитация:

– *необходимость и возможность дошкольного воспитания;*

– *необходимость и возможность общего образования;*

– *необходимость и возможность профессионального образования (лицеи, колледжи, высшая школа и т. д.);*

– *виды трудовой деятельности, включая надомный труд;*

– *объема и продолжительность работы;*
– *необходимость и возможность создания специального рабочего места, специальных условий труда.*

И так далее.

Социально-бытовая реабилитация:

– *нуждаемость в улучшении жилищных условий (этажность, благоустроенность жилья, в том числе - дополнительная жилая комната).*

– *нуждаемость и медицинские показания использования комнатной и прогулочной кресла- коляски, специального автотранспорта;*

– *безбарьерный дизайн в подъезде дома до лифта и квартиры по месту жительства, перила на крыльце дома, пандус;*

– *вспомогательные технические средства в квартире (поручни в туалетной и ванной, комнате, коридоре и т. п.), подъемник для использования ванной, дистанционное запорно-переговорное устройство для входной двери квартиры и др. ;*

– *нуждаемость в использовании телефонной связи.*

И так далее.

Дата Подпись

– *Заполненный посылный лист поликлиники;*

– *Справка, выданная на основании акта освидетельствования;*

– *ИПР с заполненной паспортной частью;*

– *Личная медицинская карта.*

Один экземпляр заявления вместе с направлением передайте в бюро МСЭ, требуя при этом подписать второй экземпляр, который оставьте себе, чтобы при необходимости проконтролировать разработанную для вас ИПР.

Для решения вопроса по разработке ИПР инвалид или его законный представитель должен обратиться с заявлением в письменной форме, на имя руководителя бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) по месту прописки, с просьбой о разработке ИПР.

В БМСЭ (по направлению из поликлиники) заявление регистрируют и назначают дату и время прохождения экспертной комиссии.

На втором экземпляре заявления, которое остается у инвалида регистратор делает отметку о принятии документов с указанием даты, своей должности и ставит подпись.

!!! ИПР должна быть сформирована не позднее месячного срока после подачи указанного заявления.

В назначенное время в БМСЭ инвалид (или его законный представитель) беседует с каждым специалистом в отдельности (инвалид I гр. имеет право пригласить экспертов на дом). Необходимо четко и внятно каждому из них объяснить свои ожидания от реабилитационных мероприятий.

В процессе бесед с экспертами необходимо придерживаться пунктов мероприятий указанных в заявлении. Экспертам необходимо доказать, почему данные мероприятия необходимы человеку. Важно проследить, чтобы специалист писал заключение с учетом потребностей и предложений самого человека с инвалидностью (или его законного представителя), т. к. по некоторым реабилитационным мероприятиям эксперт может высказать несогласие по занесению их в ИПР. Обычно это касается раздела социально-бытовой реабилитации.

При разговоре со специалистами нужно быть спокойным и уверенным. Корректно доказывать, что внесение в ИПР того или иного реабилитационного мероприятия необходимо по той или иной причине. Заключение каждого специалиста надо прочитать сразу же, и если возникнут разногласия, решить их на месте.

По разделу «социальная реабилитация» эксперт определяет совокупность мер по приспособлению бытовых условий к потребностям инвалида в окружающей среде, позволяющих ему быть самостоятельным, чувствовать себя в обществе уверенно, комфортно, полноправно.

Частью общей реабилитации является и психологическая помощь инвалиду.

Если инвалид хочет устроиться на работу, то в ходе разработки ИПР эксперт заполняет карту и дает рекомендации по профессиональной реабилитации: в выборе профессии, переобучении, оборудовании рабочего места и трудоустройстве.

Оформленная ИПР подписывается руководителем БМСЭ и инвалидом или его законным представителем, заверяется печатью учреждения Государственной службы МСЭ и выдается инвалиду на руки.

Инвалид (или его законный представитель) должен расписываться в каждом разделе ИПР, выражая тем самым согласие с предложенными реабилитационными мероприятиями. ИПР оформляется в трех экземплярах. Первый экземпляр остается в БМСЭ. Второй экземпляр выдается на руки инвалиду. Третий экземпляр пересылается в территориальный орган социальной защиты населения по месту жительства инвалида.

Если возникнет необходимость (не все рекомендации согласно заявлению учтены или Вы не согласны с некоторыми рекомендациями), то можно опротестовать ИПР в вышестоящей инстанции (Главное бюро МСЭ области) или в федеральном суде. Вы имеете на это право по закону.

Следует отметить, что в ИПР должны быть рекомендованы все необходимые Вам средства, услуги и мероприятия реабилитации, но в обязательном порядке исполнительной властью выполняться будут только те, которые включены в базовую (федеральную, областную) программу реабилитации инвалидов.

За разработкой ИПР можно обращаться в бюро МСЭ независимо от срока переосвидетельствования (даже если инвалидность установлена пожизненно, без срока переосвидетельствования).

Конечно, лучше разработку ИПР совместить по времени с переосвидетельствованием вашей группы инвалидности в бюро МСЭ, причем при каждом переосвидетельствовании вам нужно подавать заявление на разработку новой ИПР, учитывающей динамику развития инвалидности в ту или другую сторону.

Инвалиду ИПР необходима, причем независимо от того, где он проживает - в большом городе или отдаленном поселке. Отказ инвалида от разработки ИПР освобождает органы государственной власти от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Получая свою ИПР, вы должны расписаться в каждом ее разделе, выражая согласие с предложенными мероприятиями. Если вы не согласны с ними, в графе для подписи напишите: «С содержанием карты ИПР не согласен потому-то...».

Итак, подведем итоги, как с помощью ИПР на практике можно защитить свои права, определенные в Законе «О социальной защите инвалидов в РФ»:

1. Прежде всего, определите для себя, какие жизненные проблемы, возникшие в связи с болезнью, необходимо решить и укажите пути их решения в заявлении о разработке Вам ИПР. Рекомендации по решению этой проблемы должны быть максимально полно отражены в ИПР инвалида.

2. Получив удовлетворяющую Вас ИПР, определите приоритетную очередность реализации рекомендованных мероприятий.

3. Начинайте добиваться по пунктам их исполнения. Сделайте, если в этом есть необходимость, официальный (письменный) запрос органу социальной защиты: когда Вам будем предоставлена путевка в санаторий, рекомендованная ИПР? Почему Вам не выдают бесплатно тест-полоски, предусмотренные ИПР? Почему Вас не госпитализируют согласно рекомендаций ИПР? И т.д.

Конкретному человеку, получившему на руки программу ИПР, нужно обращаться в местные подразделения Министерства труда и социального развития.

Решение и действия бюро МСЭ можно обжаловать в Главном бюро МСЭ региона (подать заявление). К заявлению прикладывается копия ИПР. В свою очередь решение ГБМСЭ региона можно обжаловать в региональном Комитете (или департаменте) социальной защиты населения в месячный срок.

На любой стадии этого процесса инвалид (или его представитель) может обратиться в суд. Обычно такие судебные процессы легко выигрывают именно инвалиды, потому что доказать жизненную необходимость инсулина и средств самоконтроля не так уж сложно.

Анализом конкретных решений судов при обжаловании заключений Бюро медико-социальной экспертизы в различных субъектах РФ установлены типичные поводы для обжалования и причины несогласия пациентов.

Наиболее распространены обычно иски о группе инвалидности и о дающих особо выгодные льготы причинах инвалидности.

Примером случая обжалования группы инвалидности может служить иск гражданки О. к Главному бюро МСЭ Республики Калмыкия. О. с 1979 года признавалась ВТЭК общего состава инвалидов 2 группы, а с 1981 года ей установлена 3 группа инвалидности. В дальнейшем от освидетельствования ВТЭК уклонялась. В 1998 году при новом освидетельствовании в бюро МСЭ признана инвалидом 3 группы. О. обосновывала свои требования об установлении 2 группы тем, что диагностическая оценка состояния была одинаковой при освидетельствованиях в 1979 г. и в 1998 г., что, по ее мнению, предполагало и одинаковое решение при медико-социальной экспертизе. Однако диагностирование позволяет присвоить освидетельствуемому, согласно критериям инвалидности, только 3 группу либо не признать его инвалидом. Следовательно, ситуация спора, приведшая к судебному разбирательству, была во многом обусловлена ошибочным решением ВТЭК в 1979 году.

Единичными являются иски, связанные с определением потребности инвалида в различных видах социальной защиты. Отсутствуют иски, связанные с разработкой индивидуальной программы реабилитации, связанные с причинением вреда здоровью граждан, приведшего к инвалидности.

Анализ малораспространенных вариантов судебных споров свидетельствует о следующих особенностях медицинской помощи и реабилитации.

Во-первых, согласно законодательству, при выполнении индивидуальной программы реабилитации (ИПР) услуги или товары предоставляются больным бесплатно (при включении в федеральную базовую программу) либо расходы возмещаются. Поэтому правомерно было ожидать исковые требования к бюро МСЭ, связанные с отказом от оформления ИПР или нежеланием в нее определенных позиций. Отсутствие подобных судебных споров говорит о стремлении больных к констатации инвалидности как к источнику пенсии и различных льгот, нежелании пациентов пройти реабилитацию, а также о нацеленности медицинских служб на удовлетворение потребности в реабилитации.

Во-вторых, отсутствие исков, связанных с причинением вреда здоровью, может быть обусловлено низкой правовой информированностью граждан и особенно инвалидов, имеющих ограничения социальной активности. Другими причинами этого явления могут также быть недостаточное развитие систем страхования и комплекса мероприятий по оценке качества медицинских услуг.

В имеющихся исковых заявлениях обычно сообщаются лишь сведения о заболевании, из описания которого не следует констатация его тяжести, не приводятся законодательные и инструктивно-методические материалы, обосновывающие ошибочность принятого ранее экспертного решения.

Анализ подобной судебной практики необходим населению для грамотного изложения своих претензий и во избежание предъявления необоснованных требований.

Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)

(Приложение № 3 к Приказу Минздравсоцразвития Российской Федерации от 4 августа 2008 г. № 379н)

I. Общие положения

1. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) разрабатывается федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главными бюро медико-социальной экспертизы (далее - главные бюро) и их филиалами - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро).

Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, и реабилитационного потенциала. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях уточнения структуры и степени ограничений жизнедеятельности, реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала,

а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро (Федерального бюро, главного бюро).

Указанная программа доводится до сведения инвалида (его законного представителя) в доступной для него форме.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы 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), так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

2. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) составляется в двух экземплярах, один экземпляр выдается инвалиду (его законному представителю) на руки, о чем делается запись в журнале выдачи индивидуальных программ реабилитации, второй экземпляр приобщается к акту освидетельствования.

3. При реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

II. Порядок разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)

4. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы гражданина исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинично-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро (Федерального бюро, главного бюро).

5. Специалисты бюро (Федерального бюро, главного бюро) обязаны объяснить инвалиду (его законному представителю) цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать соответствующую запись в акте освидетельствования о дате проведения собеседования.

6. Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) состоит из следующих этапов: проведение реабилитационно-экспертной диагностики, оценка реабилитационного потенциала, определение реабилитационного прогноза и определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, круга интересов, уровня притязаний, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

7. Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) осуществляется специалистами бюро (Федерального бюро, главного бюро) с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь гражданину.

В случае необходимости по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) в формировании индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) могут участвовать с правом совещательного голоса специалисты учреждений здравоохранения, государственных внебюджетных фондов, государственной службы занятости населения, работодатели, педагоги и другие специалисты.

8. В случаях, требующих применения сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, гражданин может быть направлен для разработки или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) в вышестоящее федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

9. Индивидуальная программа реабилитации инвалида может быть разработана на 1 год, 2 года и бессрочно, индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида

может быть разработана на 1 год, 2 года и до достижения гражданином возраста 18 лет.

При необходимости внесения дополнений или изменений в индивидуальную программу реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) оформляется новое направление на медико-социальную экспертизу и составляется новая индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида).

Замена технических средств реабилитации по истечении установленного срока пользования в период действия индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) осуществляется исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства инвалида при наличии заключения об отсутствии противопоказаний к обеспечению инвалида техническим средством реабилитации, выдаваемого врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь инвалиду.

10. Сформированная индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) подписывается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) и инвалидом либо его законным представителем, заверяется печатью и выдается на руки инвалиду (его законному представителю).

11. В случае отказа инвалида (его законного представителя) подписать сформированную индивидуальную программу реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) она приобщается к акту медико-социальной экспертизы гражданина. ***Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида в данном случае может быть выдана инвалиду (его законному представителю) по заявлению инвалида (законного представителя).***

В случае несогласия с решением бюро о рекомендуемых реабилитационных мероприятиях инвалид (его законный представитель) может обжаловать данное решение в порядке, предусмотренном Правилами признания лица инвалидом, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 9, ст. 1018; 2008, № 15, ст. 1554).

III. Порядок реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)

12. Реализацию индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) осуществляют организации независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, учреждения государственной службы реабилитации инвалидов, негосударственные реабилитационные учреждения, образовательные учреждения.

13. Координация мероприятий по реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) и оказание необходимого содействия инвалиду осуществляется органом социальной защиты населения.

14. Оценка результатов проведения мероприятий медицинской, психолого-педагогической, социальной и профессиональной реабилитации осуществляется специалистами бюро (Федерального бюро, главного бюро) при очередном освидетельствовании инвалида.

В бюро медико-социальной экспертизы _____
района

От _____
(Ф.И.О. полностью)

от инвалида _____ группы, проживающего
по адресу: _____

(индекс и адрес без сокращений)
телефон: _____

Заявление

Прошу разработать для меня индивидуальную программу реабилитации с **обязательным отражением в ней** следующих рекомендаций, мероприятий, средств и услуг реабилитации:

Медицинская реабилитация:

а). постановка меня на диспансерный учет, проведение амбулаторного обследования (виды – *окулист, эндокринолог, терапевт и т.п.*, методы и периодичность – *еже-недельно, ежемесячно и т.п.*, амбулаторного обследования);

б). стационарное лечение (профиль стационара – *эндокринология и т.п.* и периодичность лечения в нем – *раз в полгода, раз в год и т.п.*);

в). медикаментозно-лекарственное обеспечение (типы препаратов – *инсулин, мантил и т.п.* и периодичность приема – *по рекомендации врача*);

г). санаторно-курортное лечение (профиль и периодичность лечения);

д). технические средства медицинской реабилитации (тест-полоски, шприцы и другие аналогичные средства, их количество и периодичность применения);

е). нуждаемость в специализированном медицинском реабилитационном центре (его профиль и периодичность пребывания в нем).

И так далее.

Профессионально-трудовая реабилитация:

а) необходимость и возможность дошкольного воспитания;

б) необходимость и возможность общего образования;

в) необходимость и возможность профессионального образования (ПТУ, среднетехническое, высшая школа, аспирантура);

г) виды трудовой деятельности, включая надомный труд;

д) объем и продолжительность работы;

е) необходимость и возможность создания специального рабочего места, специальных условий труда.

И так далее.

Социально-бытовая реабилитация:

д) нуждаемость в использовании телефонной связи.

И так далее.

Дата _____

Подпись _____

На втором экземпляре у инвалида: Документы для разработки ИПР получены в МСЭ: _____

Дата

Должность

Подпись

*Приложение № 1
к Приказу Министерства здравоохранения
и социального развития РФ
от 4 августа 2008 г. № 379н
Форма*

(наименование федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы)

**Индивидуальная программа реабилитации инвалида ,
выдаваемая федеральными государственными учреждениями
медико-социальной экспертизы**

Карта № _____ к акту освидетельствования № _____ от «__» _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество: _____

2. Дата рождения: _____

3. Место жительства, при отсутствии места жительства указывается место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации (указываемое подчеркнуть): _____

4. Контактные телефоны: _____

5. Группа инвалидности: _____ установлена на срок до: _____

6. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: _____

7. Причина инвалидности: _____

8. Показания к проведению реабилитационных мероприятий: _____

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	
способности к передвижению:	
способности к ориентации:	
способности к общению:	
способности к обучению:	
способности к трудовой деятельности	
способности к контролю за своим поведением	

9. ИПР разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____

(после предлога «до» указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись «бессрочно»)

10. Дата очередного освидетельствования: _____

11. Дата выдачи ИПР: _____

Мероприятия медицинской реабилитации

Перечень мероприятий медицинской реабилитации	Срок проведения мероприятий медицинской реабилитации	Исполнитель проведения мероприятий медицинской реабилитации	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
Реконструктивная хирургия			
Восстановительная терапия			
Санаторно-курортное лечение			
Протезирование и ортезирование			

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью, частично); достижение компенсации утраченных функций (полностью, частично) (нужное подчеркнуть).

Мероприятия профессиональной реабилитации

Перечень мероприятий профессиональной реабилитации	Срок проведения мероприятий профессиональной реабилитации	Исполнитель проведения мероприятий профессиональной реабилитации	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
Профессиональная ориентация			

Профессиональное обучение и переобучение			
Содействие в трудоустройстве			
Производственная адаптация			

Рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда

--	--	--	--

Прогнозируемый результат: адаптация на прежнем рабочем месте; адаптация на прежнем рабочем месте с измененными условиями труда; получение новой профессии (специальности); подбор подходящего рабочего места; создание специального рабочего места *(нужное подчеркнуть)*.

Мероприятия социальной реабилитации

Перечень мероприятий социальной реабилитации	Срок проведения мероприятий социальной реабилитации	Исполнитель проведения мероприятий социальной реабилитации	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
Социально-средовая реабилитация			
Социально-педагогическая реабилитация			
Социально-психологическая реабилитация			
Социокультурная реабилитация			
Социально-бытовая адаптация			
Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт			

Прогнозируемый результат: достижение способности к самообслуживанию (полное, частичное); восстановление навыков бытовой деятельности (полное, частичное); восстановление социально-средового статуса (полное, частичное) *(нужное подчеркнуть)*.

Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации (ТСР)

Перечень ТСР	Срок проведения реабилитационных мероприятий с применением ТСР	Исполнитель проведения реабилитационных мероприятий с применением ТСР	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)

Примечание. Во всех таблицах в графах, где указывается срок проведения реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям указываются даты начала и окончания проведения реабилитационного мероприятия либо делается запись "бессрочно"; в графах, где указывается исполнитель проведения реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям указывается исполнитель проведения реабилитационного мероприятия (исполнительный орган Фонда социальной защиты населения Российской Федерации; территориальный орган социальной защиты населения; государственные учреждения службы занятости населения субъектов Российской Федерации; работодатель; территориальные органы управления здравоохранением, образованием; медицинские, образовательные, реабилитационные организации либо сам инвалид); в графах, содержащих отметку о выполнении или невыполнении реабилитационных мероприятий, по соответствующим позициям делается запись "выполнено" или "не выполнено" указанной в качестве исполнителя организацией, которая заверяется подписью ответственного лица этой организации и печатью.

С содержанием ИПР согласен

(подпись инвалида или его (расшифровка подписи) законного представителя (подчеркнуть))

Руководитель федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы

М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Заключение о выполнении ИПР

Оценка результатов медицинской реабилитации:

- достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная);
- восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); положительные
- результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др. _____

Оценка результатов профессиональной реабилитации:

- достигнута адаптация на прежнем рабочем месте; адаптация на прежнем
- рабочем месте с измененными условиями труда; получена новая профессия (специальность);
- подобрано подходящее рабочее место; создано специальное
- рабочее место; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др. _____

Оценка результатов социальной реабилитации:

- достигнута способность к самообслуживанию (полная, частичная);
- восстановлены навыки бытовой деятельности (полностью, частично);
- восстановлен социально-средовой статус (полностью, частично); положительные
- результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др. _____

Оценка ограничений основных категорий жизнедеятельности:

- достигнуты компенсация (полная, частичная) или устранение ограничений
- жизнедеятельности; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть) и др. _____

Особые отметки о реализации ИПР:

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных реабилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения «__» _____ 20__ г.

Руководитель федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы

М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Правила обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями

*(Утверждены Постановлением Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240)
(с сокращениями)*

1. Настоящие Правила определяют порядок обеспечения:

- лиц, признанных инвалидами (за исключением лиц, признанных инвалидами вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний), и лиц в возрасте до 18 лет, которым установлена категория «ребенок-инвалид» (далее - инвалиды),
- техническими средствами реабилитации, предусмотренными федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемыми государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р (далее - технические средства);
- отдельных категорий граждан из числа ветеранов, не являющихся инвалидами (далее - ветераны), протезами (кроме зубных протезов) и протезно-ортопедическими изделиями (далее - изделия)...

2. Обеспечение инвалидов техническими средствами осуществляется в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - программа реабилитации)...

3. Обеспечение инвалидов и ветеранов соответственно техническими средствами и изделиями осуществляется путем:

- а) предоставления соответствующего технического средства (изделия);
- б) оказания услуг по ремонту или замене ранее предоставленного технического средства (изделия);
- в) предоставления проезда инвалиду (ветерану, при необходимости - сопровождающему лицу) к месту нахождения организации, указанной в абзаце втором пункта 5 настоящих Правил;
- г) оплаты проживания инвалида (ветерана, при необходимости - сопровождающего лица) в случае изготовления технического средства (изделия) в амбулаторных условиях;
- д) выплаты компенсации расходов на мероприятия, указанные в подпунктах «а»-«в» настоящего пункта (в случае осуществления этих расходов за счет средств инвалида, ветерана), включая оплату банковских услуг (услуг почтовой связи) по перечислению (пересылке) средств компенсации.

4. Заявление о предоставлении технического средства (изделия) подается инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, в исполнительный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства (далее - уполномоченный орган) с представлением паспорта инвалида (ветерана) и программы реабилитации (заключения).

5. Уполномоченный орган рассматривает заявление, указанное в пункте 4 настоящих Правил, в 15-дневный срок с даты его поступления и в письменной форме уведомляет инвалида (ветерана) о постановке на учет по обеспечению техническим средством (изделием). Одновременно с уведомлением уполномоченный орган:

- высылает (выдает) инвалиду (ветерану) направление на получение либо изготовление технического средства (изделия) (далее - направление) в отобранные уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для размещения заказов на поставку товаров, выполнение работ и оказание услуг для государственных нужд, организации, обеспечивающие техническими средствами (изделиями) (далее - организации, в которые выдано направление);
- в случае необходимости проезда инвалида (ветерана) к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно высылает (выдает) ему специальный талон на право бесплатного получения проездных документов для проезда на железнодорожном транспорте (далее - специальный талон) и (или) именное направление для бесплатного получения проездных документов на проезд автомобильным,

воздушным, водным транспортом транспортных организаций, отобранных уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации для размещения заказов на поставку товаров, выполнение работ и оказание услуг для государственных нужд (далее - именованное направление), для осуществления проезда в порядке, установленном пунктом 12 настоящих Правил.

Формы уведомления, направления, специального талона и именованного направления утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

6. Техническое средство (изделие), предоставленное инвалиду (ветерану) в соответствии с настоящими Правилами, передается ему бесплатно в безвозмездное пользование и не подлежит отчуждению в пользу третьих лиц, в том числе продаже или дарению.

7. В случае если предусмотренное программой реабилитации (заключением) техническое средство (изделие) не может быть предоставлено инвалиду (ветерану) или если он самостоятельно приобрел указанное техническое средство за счет собственных средств, инвалиду (ветерану) выплачивается компенсация в размере стоимости технического средства (изделия), которое должно быть предоставлено инвалиду (ветерану) в соответствии с программой реабилитации (заключением).

Решение о выплате компенсации принимается уполномоченным органом на основании поданного инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, заявления о возмещении расходов по приобретению технического средства (изделия), а также программы реабилитации (заключения) и документов, подтверждающих эти расходы.

Отказ инвалида (ветерана) либо лица, представляющего его интересы, от обеспечения техническим средством (изделием) (или от составления и подписи ИПР- прим. сост.) не дает права на получение компенсации в размере стоимости такого технического средства (изделия).

8. Ремонт технического средства (изделия) осуществляется бесплатно на основании заявления, поданного инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, в уполномоченный орган, и заключения медико-технической экспертизы. Порядок осуществления уполномоченным органом медико-технической экспертизы и форма заключения медико-технической экспертизы определяются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Если инвалид (ветеран) произвел ремонт технического средства (изделия) за счет собственных средств, ему выплачивается компенсация.

Решение о выплате компенсации принимается уполномоченным органом на основании поданного инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, заявления о возмещении расходов по ремонту технического средства (изделия), заключения медико-технической экспертизы, а также документов, подтверждающих эти расходы.

9. Сроки пользования техническими средствами (изделиями) до их замены устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

10. Замена технического средства (изделия) осуществляется по решению уполномоченного органа на основании поданного инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, заявления:

- по истечении установленного срока пользования при наличии заключения об отсутствии противопоказаний к обеспечению инвалида (ветерана) техническим средством (изделием), выдаваемого врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь инвалиду (ветерану);

- при невозможности осуществления ремонта или необходимости досрочной замены, что подтверждено заключением медико-технической экспертизы. Замена технических средств (изделий) осуществляется в порядке, установленном настоящими Правилами для их получения.

11. Выданные инвалидам (ветеранам) технические средства (изделия) сдаче не подлежат.

12. При необходимости проезда инвалида (ветерана) к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно, в том числе двумя и более выда-

ми транспорта, уполномоченный орган выдает ему, а также лицу, сопровождающему инвалида (ветерана), если необходимость сопровождения установлена программой реабилитации (заклчением), специальный талон и (или) именное направление на каждый вид транспорта.

Специальный талон (именное направление) содержит данные, необходимые для оформления соответствующих проездных документов (билетов). Специальный талон (именное направление) выдается инвалиду (ветерану, сопровождающему лицу) не более чем на 4 поездки к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и на 4 поездки в обратном направлении.

При проезде инвалида (ветерана, сопровождающего лица) за счет собственных средств к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно ему выплачивается компенсация расходов на оплату проезда, подтвержденных проездными документами, при наличии выданного указанной организацией письменного подтверждения необходимости поездки в случае, если использовались виды транспорта, указанные в пункте 13 настоящих

Правил, но не более чем за 4 поездки к месту нахождения организации и за 4 поездки в обратном направлении.

13. Для проезда к месту нахождения организации, в которую выдано направление, инвалид (ветеран, сопровождающее лицо) вправе воспользоваться следующими видами транспорта:

а) железнодорожный транспорт - на расстояние до 200 км - в жестком вагоне (без плацкарты), свыше 200 км - с плацкартой в купейном вагоне;

б) водный транспорт - на местах III категории;

в) автомобильный транспорт общего пользования (кроме такси);

г) воздушный транспорт (на расстояние свыше 1500 км или при отсутствии пассажирского железнодорожного сообщения) - в салоне экономического класса.

14. Выплата компенсации инвалиду (ветерану, сопровождающему лицу) в случаях, предусмотренных пунктами 7, 8 и 12 настоящих Правил, осуществляется уполномоченным органом в месячный срок с даты принятия соответствующего решения путем почтового перевода или перечисления средств на лицевой банковский счет получателя компенсации (по его желанию).

15. Расходы на проживание инвалида (ветерана, сопровождающего лица) в случае изготовления технического средства (изделия) в амбулаторных условиях оплачиваются организацией, в которую выдано направление, с дальнейшим их возмещением уполномоченным органом.

Оплата указанных расходов производится за фактическое число дней проживания, но не более чем за 7 дней в одну поездку, в размере, предусмотренном для оплаты командировочных расходов лицам, направляемым в служебные командировки в пределах Российской Федерации.

По решению уполномоченного органа при проживании инвалида (ветерана, сопровождающего лица) в районе, отдаленном от организации, в которую выдано направление, оплата расходов может производиться за фактическое число дней проживания, но не более чем за 14 дней, при условии изготовления технического средства (изделия) в течение одной поездки.

16. Финансирование предусмотренных настоящими Правилами расходов осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются межбюджетные трансферты, полученные из федерального бюджета на предоставление инвалидам технических средств и услуг, ветеранам - изделий, а в отношении инвалидов из числа лиц, осужденных к лишению свободы и отбывающих наказание в исправительных учреждениях, - за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на обеспечение выполнения функций исправительных учреждений и органов, исполняющих наказания.

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

(Утвержден Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р)

Реабилитационные мероприятия

1. Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
2. Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
3. Санаторно-курортное лечение.
4. Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.
5. Обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Технические средства реабилитации

6. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
7. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
8. Протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы.
9. Ортопедическая обувь.
10. Противопролежневые матрасы и подушки.
11. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.
12. Специальная одежда.
13. Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения.
14. Собаки-проводники с комплектом снаряжения.
15. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
16. Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
17. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
18. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами.
19. Телефонные устройства с текстовым выходом.
20. Голосообразующие аппараты.
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники).
22. Абсорбирующее белье, памперсы.
23. Кресла-стулья с санитарным оснащением.

Услуги

24. Ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия.
25. Содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации).
26. Предоставление услуг по сурдопереводу.

6.3.3. Законы, нормативные акты, регулирующие права на медико-социальное обеспечение инвалидов

6.3.3.1. Социальный пакет

Больной сахарным диабетом, имеющий инвалидность, получает от государства ежемесячную денежную выплату, а также так называемый «социальный пакет».

Социальный пакет – это:

- бесплатный проезд в пригородных электричках;
- дополнительное лекарственное обеспечение (бесплатные лекарства);
- бесплатное санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям (1 путевка в 3 года и проезд к месту отдыха и обратно);

Федеральный льготник имеет право полностью или частично отказаться от набора социальных услуг и получать за него денежную компенсацию. Пример частичного от-

каза: отказ от дополнительной медицинской помощи (бесплатное лекарственное обеспечение + санаторно-курортное лечение) или отказ от транспортных услуг.

Как показывает практика, **для больных сахарным диабетом отказ от социального пакета грозит невозможностью приобретения за собственный счет дорогостоящих жизненно важных лекарственных препаратов, ежемесячная стоимость которых высока. Не совершайте опрощительного шага!**

6.3.3.2. Дополнительное лекарственное обеспечение

В соответствии со статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» гражданам, являющимися инвалидами Приказом Минздравсоцразвития РФ № 665 от 18 сентября 2006 Утвержден Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи (с изменениями от 1 декабря 2008 г.).

Лекарственные средства в федеральном перечне имеют международное непатентованное название, каждое из лекарств имеет при продаже торговое название, присвоенное ему производителем.

Не имея возможности привести торговые названия всех препаратов, указанных в списке для дополнительного медицинского обеспечения льготников, мы делаем это для значительной части лекарственных средств, которые зачастую необходимы диабетикам для лечения основного заболевания и его осложнений.

Эти лекарственные средства должны бесплатно выписываться лечащим врачом.

Средства для лечения сахарного диабета	
Глибенкламид таблетки	Бетаназ (Индия), Глибамид (Израиль), Глибекс (Индия), Глибенкламид (Россия), Глибенкламид АВД 5 (Германия), Глиданил (Аргентина), Глимидстада (Германия), Маниглид (Россия), Манинил 1,75 /3,5 /5 (Германия).
Гликвидон таблетки	Глюренорм (Греция).
Гликлазид таблетки	Веро-Гликлазид (Россия), Глидиаб (Россия), Глизид (Индия), Гликлазид (Индия), Гликлазид-АКОС (Россия), Глюкостабил (Россия), Диабетон (Франция), Диабетон МВ (Франция), Диабефарм (Россия), Диабинакс (Индия), Диабрезд (Италия), Диатика (Индия).
Глимепирид таблетки	Амарил (Германия), Глемаз (Аргентина).
Глипизид таблетки	Глибенез-ретард (Франция), Глинез (Индия).
Глюкагон лиофилизат для приготовления раствора для инъекций	ГлюкаГен 1мл ГипоКит (Дания) - порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций
Инсулин аспарт раствор для внутривенного и подкожного введения	НовоРapid ФлексПен (Дания) - раствор для внутривенного и подкожного введения.
Инсулин аспарт суспензия для подкожного введения	НовоМикс 30 Пенфилл (Дания), НовоМикс 30 ФлексПен (Дания) - суспензия для подкожного введения.
Инсулин гларгин раствор для подкожного введения	Лантус (Германия) – раствор для подкожного введения.
Инсулин двухфазный (человеческий генноинженерный) суспензия для подкожного введения	Микстард 30 НМ (Дания), Гансулин 30Р (Китай), Хумулин М3 (Франция).
Инсулин лизпро раствор для инъекций	Хумалог (Франция) – раствор для инъекций.

Инсулин растворимый (человеческий генноинженерный) раствор для инъекций	Актрапид НМ (Дания), Актрапид НМ Пенфилл (Дания), Гансулин Р (Китай), Инсуман Рапид ГТ (Германия), Инсуран Р (Россия), Ринсулин Р (Россия), Хумулин Регуляр (Франция).
Инсулин изофан (человеческий генноинженерный) суспензия для подкожного введения	Протафан НМ (Дания), Протафан НМ Пенфилл (Дания), Хумулин НПХ (Франция), Гансулин Н (Китай).
Метформин таблетки; таблетки, покрытые оболочкой	Багомет (Аргентина), Веро-Метформин (Россия), Глиминфор (Индия), Глиформин (Россия), Глюкофаж (Франция), Глюкофаж (Франция), Дианормет (Польша), Метфогамма 500 / 850 (Германия), Метформин (Россия), Сиофор 500 / 850 (Германия), Формин Плива (Р-ка Хорватия).
Репаглинид таблетки	НовоНорм (Дания).
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему	
Аторвастатин таблетки, покрытые оболочкой	Аторис (Словения), Липримар (Германия), Липтонорм (Индия), ТГ-тор (Индия), Торвакард (Словения), Тулип (Словения)
Валидол таблетки подъязычные; капсулы подъязычные	
Инозин таблетки, покрытые оболочкой;	Веро-Рибоксин (Россия), Инозин (Украина), Рибоксин (Россия, Беларусь), Рибоксин-ЛекТ, Рибоксин-ПНИТИА, Рибоксин-УВИ, Рибонозин (Россия) раствор для внутривенного введения Рибоксин-Ферейн, Рибоксин (Россия)
Корвалол капли для приема внутрь	
Ловастатин таблетки	Веро-Ловастатин (Россия), Кардиостатин (Россия), Ловастерол (Польша), Мевакор (Нидерланды), Медостатин (Кипр), Ровакор (Индия), Холетар (Словения)
Мяты перечной масло + капли для приема внутрь	
Фенобарбитал + Хмеля шишек масло + Этилбромизовалерианат	
Розувастатин таблетки, покрытые оболочкой	Крестор (Пуэрто-Рико)
Симвастатин таблетки, покрытые оболочкой	Авестатин (Испания), Атеростат (Россия), Вазилип (Россия, Словения), Веро-Симвастатин (Индия), Зоватин (Турция), Зокор форте (Нидерланды), Зорстат (Хорватия), Овенкор (Россия), СимваГексал (Германия), Симвакард (Чехия), Симвакол (Венгрия), Симвалимит (Латвия) Симвастол (Румыния), Симвор (Индия), Симгал (Чехия), Симло (Индия), Симплакор (Бангладеш).
Антиангинальные средства (лечение ишемической болезни сердца)	
Дилтиазем таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой	Алтиазем РР (Италия), Диазем (Кипр), Диакордин 120/60/90 Ретард (Чехия), Дилтиазем (Македония, Хорватия), Дилтиазем Ланнахер (Австрия), Дилтиазем-Тева (Израиль), Кардил (Финляндия)

Изосорбид мононитрат таблетки	Изосорбид мононитрат (Россия), Монизид (Болгария), Монизол (Сербия), Моно Мак (Германия), Моносан (Чехия), Моночинкве (Германия), Эфокс 20 (Германия). капсулы пролонгированного действия Монолонг (Израиль), Моночинкве ретард (Германия), Оликард 40/60 ретард (Германия), Эфокс Лонг (Германия) таблетки ретард Моно Мак Депо (Германия), Эфокс Лонг (Германия)
Изосорбид динитрат аэрозоль подъязычный дозированный	Изо Мак спрей (Германия), Изокет (Германия). таблетки Изодинит (Болгария), Нитросорбид, Нитросорбид-Н.С., Нитросорбид-Русфар, Нитросорбид-УВИ (Россия). таблетки пролонгированного действия Изодинит (Болгария), Кардикет (Германия).
Молсидомин таблетки	Диласидом (Польша), Корвамин (Франция), Сиднофарм (Болгария). таблетки ретард Диласидом (Польша), Корватон (Германия).
Нитроглицерин спрей подъязычный дозированный	Нитролингвал-Аэрозоль (Германия), Нитроминт (Венгрия), Нитроспрей-ICN (Россия). таблетки подъязычные Нитроглицерин (Россия, Украина, Индия), Нитрокор (Россия). таблетки пролонгированного действия Нитро-Ник (Россия), Нитрогранулонг (Россия), Нитронг форте (Словения), Сустанк Мите, Сустанк форте (Словения) Сустанит (Польша). концентрат для приготовления раствора для инфузий Нирмин (Сербия), Нитро (Финляндия), Нитроглицерин (Россия, Украина, Индия), Перлингганит (Германия) раствор для инфузий Нитро Мак Ампулы (Германия), Нитро Поль инфуз (Германия), Нитроглицерина раствор д/инъекций (Россия), Нитроджент (Индия).
Триметазидин таблетки, покрытые оболочкой	Ангитал, Антистен, Веро- Триметазидин, Медарум 20, ПреБруктал (Россия), Предизин (Румыния), Предуктал (Франция), Римекор (Россия), Триметазид (Польша). капсулы Тримектал (Россия). таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые оболочкой Предуктал МВ (Франция)
Триметилгидразин пропионат капсулы	Милдронат (Латвия), Милдроксин (Россия) раствор для инъекций Милдронат (Латвия).
Противоаритмические средства	
Амиодарон таблетки	Амиодарон (Болгария, Россия, Швейцария), Амиодарон ГЕКСАЛ (Германия), Амиодарон-Акри (Россия), Амиодарон-ФПО (Россия), Амиокордин (Словения), Веро-Амиодарон (Россия), Кардиодарон (Россия), Кордарон (Франция), Ритморест (Россия), Ритмиодарон (Россия), Седакорон (Австрия).
Верапамил таблетки, пролонгированного действия, покрытые оболочкой	Верапамил ретард (Македония), Верогалид ЕР 240мг (Чехия), Изоптин SR240 (Германия)
Метопролол таблетки	Беталок (Швеция), Вазокардин (Словения), Корвитол (Германия), Метопролол (Польша), Метопролол-Акри (Россия), Метопролол-ратиофарм (Германия), Сердол (Румыния), Эгилек (Венгрия). таблетки, покрытые оболочкой Беталок 30К (Швеция), Эгилек ретард (Венгрия), Эмзек (Чехия).
Прокаинамид таблетки	Новокаинамида таблетки 0,25г (Россия).
Пропранолол таблетки	Анаприлин, Анаприлин-ФПО, Веро-Анаприлин (Россия), Обзидан (Германия).
Соталол таблетки	СотаГЕКСАЛ (Германия), Соталекс (Франция).
Этализин таблетки, покрытые оболочкой	Этализин (Латвия), Этализин таблетки, покрытые оболочкой, 0,5г (Россия).

Гипотензивные средства	
Амлодипин таблетки	Аген (Словения), Акридипин, Амло, Амловас (Индия), Амлодипин, Амлодифарм, Амлотоп, Аронар, Веро-Амлодипин (Россия), Калчек (Индия), Кардиполин (Венгрия), Корвадил (Индия), Норвадин (Россия), Норваск (Бельгия), Нормодипин (Венгрия), Омелар Кардио, Тенокс (Россия).
Атенолол таблетки	Атенова (Индия), Атенол (Италия), Атенолол (Россия, Болгария, Индия), Атенолол ШТАДА (Германия), Атенолол-АКОС, Атенолол-УБФ, Атенолол-Акри (Россия), Атенолол-ратиофарм (Германия), Атенолол-Тева (Израиль), Атенолол-ФПО, Веро-Атенолол (Россия), Катенол, Тенолол (Индия), Принорм (Сербия).
Атенолол + Хлорталидон таблетки, покрытые оболочкой	Тенорик (Индия), Теноретик (Англия)
Бетаксолол таблетки, покрытые оболочкой	Бетак (Кипр), Локрен (Франция). глазные капли Бетоптик, Бетоптик С (Бельгия).
Валсартан таблетки, покрытые пленочной оболочкой	Диован (Швейцария).
Гидрохлортиазид + Триамтерен таблетки	Триазид (Россия).
Ирбесартан таблетки	Апровель (Франция).
Кандесартан таблетки	Атаканд (Швеция).
Каптоприл таблетки	Ангиоприл-25, Ацетен (Индия), Блокордил (Словения), Веро-Каптоприл, Капотен, Капофарм (Россия), Капто (Канада), Каптоприл (Индия, Польша, Россия, Румыния), Каптоприл ГЕКСАЛ (Германия), Каптоприл-Акос /Акри/ /Биосинтез/КМП/-МИК/-Н.С./-Рос/-СТИ/-Ферейн/-ФПО (Россия), Каптоприл-Эгис (Венгрия), Рилкаптон (Кипр).
Каптоприл + Гидрохлортиазид таблетки	Капозид (Россия, Австралия).
Клонидин таблетки	Гемитон (Германия), Клофелина таблетки (Россия, Беларусь, Украина).
Лизиноприл таблетки	Даприл (Кипр), Диротон (Венгрия), Ирумед (Хорватия), Лизиноприл (Индия, Россия), Лизиноприл Штада (Германия), Лизинотон (Исландия), Лизорил, Листрил (Индия), Литэн (Босния и Герцоговина), Синоприл (Турция)
Лозартан таблетки, покрытые оболочкой	Брозаар (Россия), Козаар (Нидерланды), Лозап (Словения), Презартан (Индия).
Лозартан + Гидрохлортиазид таблетки, покрытые оболочкой	Гизаар (Нидерланды).
Моксонидин таблетки, покрытые оболочкой	Физиотенз (Германия), Цинт (Испания).
Мозексиприл таблетки, покрытые оболочкой	Мозкс 15 / 7,5 (Германия).
Небиволол таблетки	Небилет (Германия).

Нифедипин таблетки	Нифедипин (Болгария, Германия, Польша, Россия), Нифедипин-ФПО, Нифедипин-Фаркос (Россия), Фенигидин (Беларусь, Россия, Украина). капсулы Занифед (Иран), Карин-Фер (Россия), Нифедипин (Болгария, Германия, Польша, Россия), Нифедипин-МИК (Беларусь), Нифедипин-ратиофарм (Германия). таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой Кордафлекс (Венгрия), Коринфар ретард (Германия), Никардия (Индия), Нифедипин (Болгария, Германия, Польша, Россия), Нифелат (Сербия), Фенамон (Кипр). таблетки с модифицированным высвобождением Кордипин ХЛ (Словения), Осмо-Адалат (Германия). таблетки рапид-ретард, покрытые оболочкой Адалат СЛ (Германия).
Периндоприл таблетки	Коверекс (Венгрия), Пренесса (Россия), Престариум (Франция).
Периндоприл + Индапамид таблетки	Нолипрел (Франция).
Рамиприл таблетки	Тритаце (Германия), Хартил (Венгрия).
Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлоротиазид таблетки	Адельфан-эзидрекс, Барофан Зидрекс (Индия), Релсидрекс-Г, Тринитон, Фенсидрекс (Индия).
Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлоротиазид + Калия хлорид таблетки, покрытые оболочкой	Трирезид К (Хорватия).
Рилменидин таблетки	Альбарел (Венгрия), Тенаксум (Франция).
Спироприл таблетки	Квадроприл (Германия).
Телмисартан таблетки	Микардис, Прайтор (Германия).
Фелодипин таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой	Аурунал (Венгрия), Плендил (Швеция).
Фозиноприл таблетки	Моноприл (Италия, Россия), Фозикард (Исландия).
Хинаприл таблетки, покрытые оболочкой	Аккупро (Германия)
Цилазаприл таблетки, покрытые оболочкой	Инхибейс (Швейцария).
Эналаприл таблетки	Багоприл (Аргентина), Берлиприл (Германия), Вазопрен (Болгария), Веро-Эналаприл (Россия), Инворил, Миоприл, Нормап্রেсс (Индия), Кальпирен (Кипр), Рениприл (Россия), Ренитек (Нидерланды), Эднит (Венгрия), Эназил (Чехия), Эналакор (Россия), Эналаприл (Индия, Кипр, Россия, Украина), Эналаприл-ГЕКСАЛ (Германия), Эналаприл-Аджио (Индия), Эналаприл-АКОС / -Н.С. /-Рос /-ФПО / малеат (Россия), Энам (Индия), Энан-ЛМ (Румыния), Энап (Словения), Энаприл (Индия), Энаренал (Польша), Энафарм (Россия), Энвас, Энрил (Индия), Энприл (Болгария).
Эналаприл + Индапамид таблетки	Энзискс (Югославия).
Эналаприл + Гидрохлоротиазид таблетки	Ко-Ренитек (Нидерланды).

Эпросартан таблетки, покрытые оболочкой	Теветен (Нидерланды).
Эпросартан + Гидрохлортиазид таблетки, покрытые оболочкой	
Средства для лечения сердечной недостаточности	
Бисопролол таблетки, покрытые оболочкой	Бисогамма (Германия), Бисокард (Польша), Бисопронкор (Ирландия), Конкор (Германия).
Дигоксин таблетки	Дигоксин (Венгрия, Индия, Литва, Россия), Дигоксин Никомед (Дания), Дигоксин –Н.С. (Россия), Дигоксин –Тева (Израиль).
Карведилол таблетки	Акридилол (Россия), Атрам (Словакия), Дилатренд (Италия), Карведилол (Россия), Карвидил (Латвия), Кариол (Словения), Таллитон (Венгрия).
Диуретики	
Ацетазоламид таблетки	Диакарб (Польша).
Гидрохлортиазид таблетки	Гидрохлортиазид (Россия), Гидрохлортиазид –САР (Россия), Гипотиазид (Венгрия), Дихлотиозида таблетки (Россия).
Индапамид капсулы	Индап (Чехия), Индапамид (Канада, Россия, Македония, Сербия), Индапамид-Верте (Россия). таблетки, покрытые оболочкой Ариндап (Польша), Арифон (Франция), Веро-Индапамид (Россия), Индапамид (Канада, Россия, Македония, Сербия), Индиур (Польша), Ионик (Россия). таблетки с модифицированным высвобождением Индапамид МВ (Россия)
Спиринолактон таблетки	Веро-Спиринолактон (Россия), Верошпирон (Венгрия), Верошпилактон (Россия), Спиринолактона таблетки (Россия).
Фуросемид таблетки	Лазикс (Индия), Фуросемид (Болгария, Польша, Венгрия, Индия, Италия Россия), Фуросемид Никомед (Дания), Фуросемид-Милве (Болгария), Фуросемид-Н.С./ -Рос/ -Ферейн (Россия), Фуросемид-Тева (Израиль). раствор для инъекций Лазикс (Индия), Фуросемид (Болгария, Польша, Венгрия, Индия, Италия, Россия), Фуросемид Никомед (Дания), Фуросемид-Н.С. (Россия).
Витамины и минералы	
Тиоктовая кислота таблетки, покрытые оболочкой	Липамид, Липоевая кислота (Россия), Тиогамма (Германия), Тиоктацид БВ, Эспа-липон (Германия).
Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему (лечение неврологических осложнений сахарного диабета)	
Винпоцетин таблетки:	Бравинтон (Россия), Веро-Винпоцетин (Россия), Винпотон (Польша), Винпоцетин (Венгрия, Индия, Испания, Россия), Винцетин (Россия), Винпоцетин-Акри/ -Н.С./ -Рос/ -САР (Россия), Кавинтон (Венгрия). таблетки, покрытые оболочкой: Телектол (Россия).
Гамма-аминомасляная кислота таблетки, покрытые оболочкой:	Аминалон (Беларусь, Россия)
Гопантеповая кислота таблетки:	Гопантан, Кальция гопантенат, Пантокальцин (Россия).
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота таблетки:	Пикамилон (Россия).

Пирацетам капсулы:	Мемотропил, Ноотропил (Польша), Пирацетам (Болгария, Беларусь, Россия), Пирацетам-АКОС/ -Русифар/ -Ферейн (Россия), Пирацетам-ратиофарм (Германия). раствор для приема внутрь: Ноотропил (Польша). таблетки, покрытые оболочкой: Луцетам (Венгрия), Мемотропил, Ноотропил (Польша) Пирацетам (Болгария, Беларусь, Россия), Пирацетам МС/ -Н.С./ -Ферейн (Россия).
Тизанидин таблетки:	Сирдалуд (Германия, Индия)
Фенибут таблетки:	Фенибут (Беларусь, Латвия, Россия), Фенибут-АНВИ (Россия).
Фенотропил таблетки:	Фенотропил (Россия).
Церебролизин раствор для инъекций:	Церебролизин (Австрия).
Циннаризин таблетки:	Балциннаризин (Сирия), Стугезин (Россия), Стугерон (Венгрия), Цинарин (Индия), Циннаризин (Болгария, Польша, Россия), Циннаризин-Врамед / -Инбиотех / -Севтополис/-Милве (Болгария), Циннаризин МС/-АКОС/-Н.С /-Рос/-ФПО (Россия)
Средства для профилактики и лечения инфекций	
Антибиотики (лечение язвенных поражений при синдроме диабетической стопы)	
Клиндамицин капсулы:	Далацин (Бельгия, США), Клиндамицин (Сербия и Черногория), Клиндафер (Россия).
Цефтриаксон порошок для приготовления раствора для внутривенного введения:	Азаран (Сербия), Биотраксон (Польша), Ифициф (Индия), Лендацин (Словения), Лифаксон (Индия), Лораксон (Иран), Мегион (Португалия), Медаксон (Кипр), Новосеф (Турция), Офрамекс (Индия), Роцеферин (Россия), Роцефин (Швейцария), Стерицеф (Индия), Терцеф (Болгария), Тороцеф, Триаксон, Троксон, Цефаксон, Цефатрин, Цефограм (Индия), Цефсон (Турция), Цефтриабол (Россия), Цефтриаксон-АКОС/ -ПНИТИА/-натриевая соль (Россия), Цефтриаксон-Дарница/-КМП (Украина), Цефтрифин (Индия). порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения: Азаран (Сербия), Биотраксон (Польша), Ифициф (Индия), Лендацин (Словения), Лифаксон (Индия), Лораксон (Иран), Мегион (Португалия), Медаксон (Кипр), Новосеф (Турция), Офрамекс (Индия), Роцеферин (Россия), Роцефин Швейцария, Стерицеф (Индия), Терцеф (Болгария), Тороцеф, Триаксон, Троксон, Цефаксон, Цефатрин, Цефограм (Индия), Цефсон (Турция), Цефтриабол (Россия), Цефтриаксон-АКОС/ -ПНИТИА/-натриевая соль (Россия), Цефтриаксон-Дарница/-КМП (Украина), Цефтрифин (Индия).
Ципрофлоксацин таблетки, покрытые оболочкой:	Акваципро (Индия), Веро- Ципрофлоксацин (Россия), Ифиципро, Микрофлоск, Проципро, Реципро, Цепрова, Циплокс (Индия), Сифлоск (Турция), Ципрекс (Босния), Ципринол (Словения), Ципробай (Германия), Ципробид (Индия), Ципролет, Ципропан (Индия), Ципробрин, Ципросин (Россия), Ципрофлоксацин (Нидерланды, Индия, Болгария, Украина, Россия), Ципрофлоксацин-АКОС/ -ФПО (Россия), Цитерал (Македония), Цифлоксинал (Чехия), Цифран (Индия).
Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания (профилактика и лечение диабетических ангиопатий)	
Варфарин таблетки:	Варфарекс (Латвия), Варфарин Никомед (Дания).
Гепарин натрий гель для наружного применения:	Лиотон 1000 (Италия), Тромблесс (Россия).
Далтепарин натрий раствор для инъекций:	Фрагмин (Бельгия, Германия).
Дипиридамол драже:	Курантил 25(Германия), таблетки, покрытые оболочкой: Дипиридамол (Канада), Веро- Дипиридамол, Дипиридамол-Ферейн (Россия), Курантил № 25/ N75 (Германия).

Клопидогрел таблетки, покрытые оболочкой:	Зилт (Словения), Плавикс (Франция).
Пентоксифиллин раствор для инъекций:	Агапурин, Пентилин (Словения), Пентоксифиллин (Индия, Беларусь, Россия, Украина, Югославия), Пентомер (Германия), Тренпентал (Россия), Трентал, Флекситал (Индия). таблетки, покрытые оболочкой: Агапурин (Словения), Пентоксифиллин (Индия, Беларусь, Россия, Украина, Югославия), Пентоксифиллин-Акри/-ФПО, Тренпентал (Россия).
Тиклопидин таблетки, покрытые оболочкой:	Тагрел (Словения), Тиклид (Франция), Тикло (Польша), Тиклопидин-ратиофарм (Германия).
Фолиевая кислота таблетки:	Фолиевая кислота (Беларусь, Россия).
Цианокобаламин раствор для инъекций:	Цианокобаламин (Армения, Беларусь, Россия, Украина)
Эноксапарин натрий раствор для инъекций:	Клексан (Франция).
Антисептики и средства для дезинфекции	
Йод раствор для наружного применения:	Йод раствор спиртовой (Беларусь, Россия), Йод-Синко (Россия).
Хлоргексидин раствор для наружного применения:	Гексикон, Хлоргексидин, Хлоргексидина биглюконат (Россия)

«Почему государство не обеспечивает нас, инвалидов, льготными препаратами?», «Как мы можем купить тест-полоски по такой высокой цене!», «Куда обращаться, чтобы моему ребенку выдавали положенные по закону инсулины и средства самоконтроля?» - подобные вопросы возникают в нашей практике практически повседневно.

Каждый из читателей знает: самая большая проблема российского диабетика - недоступность средств самоконтроля, а иногда и сахароснижающих препаратов.

Каждый из читателей знает: самая большая недоступность – средств самоконтроля, иногда сахароснижающих препаратов, а чаще всего – препаратов для лечения осложнений диабета.

Постановлением Администрации Ростовской области от 23.01.2004 г. № 34 «О льготном обеспечении жителей Ростовской области лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» в редакции от 28.10.2009 установлено бесплатное лекарственное обеспечение таких же категорий лиц и заболеваний.

«2. За счёт средств областного бюджета льгота по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения предоставляется следующим группам населения и лицам при определенных категориях заболеваний:

Группы населения	Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения
Пенсионеры, получающие пенсию по старости или по случаю потери кормильца в минимальных размерах	все лекарственные средства
Другие группы населения, страдающие следующими	заболеваниями:
Диабет	все лекарственные средства, этиловый спирт (100 грамм в месяц), инсулиновые шприцы, шприц-ручки и иглы к ним, средства диагностики

3. Группы населения и лица при определенных категориях заболеваний, указанные в пункте 2 настоящего Положения, обеспечиваются бесплатными и льготными лекарственными средствами, а также изделиями медицинского назначения в случае, если они не пользуются аналогичными льготами в соответствии с Федеральными законами «О ветеранах», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», Указом Президента Российской Федерации «О мерах по социальной поддержке многодетных семей», а также другими нормативно-правовыми актами, финансирование которых осуществляется за счет средств федерального и областного бюджетов.

4. Ответственность за обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения жителей области, имеющих право на льготы, возлагается на руководителей органов управления здравоохранением муниципальных образований (при их отсутствии – на главных врачей центральных районных (городских) больниц).

Аналогичные нормативные акты приняты и в городах области. Так, постановлением Мэра г. Шахты от 25.02.2003 г. № 35 (с изменениями от 23.03.2004 № 57, от 23.03.2004 № 58) утверждено Положение о порядке предоставления таких льгот жителям города, исполнение которого поручено Управлению труда и социального развития мэрии города по месту регистрации граждан. Этим же решениям указанным категориям граждан предоставляются льготы по зубопротезированию.

Кроме того, Постановлением Администрации Ростовской области от **18 января 2006 года № 487** министерству здравоохранения области поручено организовать работу по исполнению **Положения о порядке обеспечения жителей Ростовской области дорожостоящими (высокотехнологичными) видами медпомощи** за счет средств областного бюджета.

**Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств
(в сокращении)**

A10	препараты для лечения сахарного диабета		
A10A	инсулины и их аналоги		
A10AB	инсулины короткого действия и их аналоги для инъекционного введения	инсулин аспарт	раствор для подкожного и внутривенного введения
		инсулин лизпро	раствор для инъекций; суспензия для подкожного введения
		инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный)	раствор для инъекций
A10AC	инсулины средней продолжительности действия и их аналоги для инъекционного введения	инсулин-изофан (человеческий генно-инженерный)	суспензия для подкожного введения
A10AD	инсулины средней продолжительности действия и их аналоги в комбинации с инсулинами короткого действия для инъекционного введения	инсулин аспарт двухфазный	суспензия для подкожного введения
		инсулин двухфазный (человеческий генно-инженерный)	суспензия для подкожного введения
A10AE	инсулины длительного действия и их аналоги для инъекционного введения	инсулин гларгин	раствор для подкожного введения
		инсулин детемир	раствор для подкожного введения
A10B	Гипогликемические препараты, кроме инсулинов		

A10BA	Бигуаниды	метформин	таблетки; таблетки, покрытые оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой
A10BB	Производные сульфонилмочевины	Глибенкламид	Таблетки
		Гликвидон	Таблетки
A10BG	Тиазолидиндионы	Росиглитазон	таблетки, покрытые оболочкой; таблетки, покрытые пленочной оболочкой
A10BH	Ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4)	вилдаглиптин	Таблетки
A10BX	другие гипогликемические препараты, кроме инсулинов	Репаглинид	таблетки

6.3.4. Обеспечение социальных гарантий населения.

Формирование бюджета здравоохранения должно отвечать реальным потребностям населения города, пользующегося правом на льготное и бесплатное получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

И еще о бюджете, на случай, если главы Ваших муниципальных образований будут говорить, что у них в бюджете нет для Вас денег.

В Администрации Ростовской области на совещании по итогам социально-экономического развития области в 1 квартале 2004 года, обращаясь к главам муниципалитетов, Губернатор области В.Ф.Чуб был недоволен тем, как они используют средства местных бюджетов, в частности на обеспечение инсулином больных сахарным диабетом.

Губернатор подчеркнул, что все полагающиеся по законам и постановлениям пособия и льготы для инвалидов должны выплачиваться и предоставляться в полном объеме.

Хотелось бы также напомнить, что в случае отсутствия в аптеке необходимого лекарства, выписанного больному, фармацевт принимает рецепт на обеспечение с последующим информированием по телефону о поступлении нужного лекарства.

Срок действия рецепта продлевается до получения лекарства.

(Инструкция «О порядке постановки на учет рецептов для льготного и бесплатного отпуска лекарственных средств, взятых аптечной организацией на обеспечение» от 14 сентября 1999 года № 310).

если у Вас все-таки возникли проблемы с получением инсулина или другого лекарства в аптеке:

Напишите заявление на имя зав. Аптекой (см. образцы):

если на это заявление Вами получен отказ:

– с его копией и копиями рецептов обратитесь с заявлением в:

Отдел здравоохранения по месту жительства

В вышестоящий орган здравоохранения

В администрацию района, города, области, края, республики

В федеральный суд района

В прокуратуру района

Итак, мы познакомились с основными нормативными актами, регулирующими порядок признания лиц инвалидами, их медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения, порядок предоставления им льгот.

Права есть, льготы есть, но мало кто торопится обеспечить Вас ими. Что же делать?

Заведующей аптекой № _____

от (фамилия, имя, отчество),
прожив. по адресу _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я болею сахарным диабетом _____ типа и на льготном лекарственном обеспечении состою в подчиненной Вам аптеке.

В течение _____ мне отказывают в выдаче _____, ссылаясь на его отсутствие.

Указанное лекарство является для меня жизненно важным, но рецепт на его получение я реализовать не могу.

Прошу Вас принять срочные меры к выдаче мне _____. В случае отказа письменно сообщите мне его причину.

« ____ » _____ 200 ____ г. (подпись) фамилия

6.3.5. Санаторно-курортное лечение

В соответствии со статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и на основании результатов проведенного Фондом социального страхования Российской Федерации конкурса для оказания услуг по санаторно-курортному лечению граждан - получателей набора социальных услуг утвержден перечень санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения), в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 октября 2009 г. № 854н граждане, проживающие в Ростовской области направляются в следующие санатории:

Лечебно-профилактическое учреждение "Санаторий "Ростовский"	Ростовская область	344064, г. Ростов-на-Дону, ул. 2-й Пятилетки, д. 23
Некоммерческая организация-учреждение профсоюзов "Пансионат с лечением "Донецкий"	Ростовская область	346330, Ростовская область, г. Донецк, пос. Гундоровский, пер. Октябрьский, д. 53
Открытое акционерное общество "Санаторий "Вешенский"	Ростовская область	346270, Ростовская область, Шолоховский район, ст. Вешенская
Открытое акционерное общество "Санаторий "Надежда"	Ростовская область	344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Подъездная, д. 55
Общество с ограниченной ответственностью "БК-полисервис" "Санаторий-профилакторий "Каляя"	Ростовская область	347042, Ростовская область, г. Белая Калитва, ул. Кутузова, д. 2а
Общество с ограниченной ответственностью "Пансионат Профсоюзного центра с лечением "Евро-Азия-Дон"	Ростовская область	344007, г. Ростов-на-Дону, ул. Левобережная, д. 2
Общество с ограниченной ответственностью "Приазовье" "Санаторий-профилакторий "Тополь"	Ростовская область	347900, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Бабушкина, д. 2д
Учреждение профсоюзов "Цимлянский"	Ростовская область	347320, Ростовская область, г. Цимлянск, ул. Советская, д. 2
Открытое акционерное общество "Детский оздоровительный комплекс "Спутник"	Ростовская область	346863, Ростовская область, Неклиновский район, с. Натальевка
Санаторий-профилакторий "Тополь" открытого акционерного общества "Энергопром-Новочеркасский электродный завод"	Ростовская область	346413, Ростовская область, г. Новочеркасск, Аллюминиевая площадка

Время пребывания в санатории – 21 день. Сроки – круглый год.

В санатории могут быть направлены больные сахарным диабетом по медицинскому отбору, который осуществляет врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения, в т.ч. стационара.

Показания для направления больного в санаторий:

- состояния после перенесенной кетоацидотической комы или диабетического кетоацидоза;
- состояние после гипогликемической комы (тяжелой гипогликемии);
- состояние после эпизода декомпенсации углеводного обмена (в т.ч. вызванного интеркуррентными заболеваниями);
- состояния после оперативных вмешательств, связанных с сахарным диабетом.

В санатории могут быть направлены **больные сахарным диабетом, имеющие следующие осложнения:**

- непролиферативная и пролиферативная стадии диабетической ретинопатии;
- диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии и протеинурии;
- диабетическая нейропатия I и II степени (со сниженной, но не утраченной полностью чувствительностью), без остеоартропатии;
- имеющие артериальную гипертонию не выше II степени;
- имеющие ишемическую болезнь сердца: со стенокардией напряжения I, II ФК;
- имеющие недостаточность кровообращения не выше IIA стадии

Противопоказания для направления на санаторное лечение:

- декомпенсация углеводного обмена,
- пролиферативная диабетическая нейропатия,
- диабетическая нефропатия на стадии хронической почечной недостаточности,
- диабетическая нейропатия III степени (с выраженным снижением или утратой чувствительности), остеоартропатия, трофические язвы стоп, автономная нейропатия,
- ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения III ФК, нарушением ритма сердца,

- артериальная гипертония III степени,
- недостаточность кровообращения выше IIA стадии,
- послеоперационные осложнения, необходимость перевязок,

Общие противопоказания для санаторно-курортного лечения:

- острые инфекционные и венерические заболевания,
- психические заболевания,
- болезни крови в острой стадии,
- злокачественные новообразования,
- острая почечная и печеночная недостаточность,
- сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, или требующие хирургической помощи.

Процедура получения санаторной путевки:

- заявление о предоставлении путевки по определенной форме в отделение Фонда социального страхования по месту жительства,
- пакет документов:
- копия паспорта,
- копия полиса пенсионного страхования,
- справка об инвалидности,
- заключение врачебной комиссии о необходимости санаторно-курортного лечения.

*Приложение № 1
к приказу Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 № 256*

Порядок медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение

*(в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 09.01.2007 № 3,
от 24.12.2007 № 794)*

«I. Порядок медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение взрослых (кроме больных туберкулезом)

1.1. Настоящий Порядок определяет основные принципы медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение.

1.2. Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении (за исключением граждан, указанных в абзаце втором настоящего пункта), осуществляют 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).

Медицинский отбор и направление на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, осуществляют лечащий врач и врачебная комиссия (далее - ВК) лечебно-профилактического учреждения по месту жительства.

1.3. 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 показанности санаторно-курортного лечения выдает ВК лечебно-профилактического учреждения.

ВК лечебно-профилактического учреждения по представлению лечащего врача и заведующего отделением выдает заключение о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

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

1.4. При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания в соответствии с которым больному рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на курорт, контрастность климатикогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, в тех случаях, когда поездка на отдаленные курорты может вредно отразиться на общем состоянии здоровья, следует направлять в близрасположенные санаторно-курортные учреждения, организации (далее - СКО) необходимого профиля.

1.5. При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения больному выдается на руки справка для получения путевки по форме № 070/у-04 (далее - справка для получения путевки) (приложение № 2) с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач лечебно-профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного.

Гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, справка для получения путевки выдается на основании заключения ВК лечебно-профилактического учреждения.

Срок действия справки для получения путевки 6 месяцев....

1.7. Получив путевку, больной обязан не ранее чем за 2 месяца до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу, выдавшему ему справку для получения путевки, с целью проведения необходимого дополнительного обследования. При соответствии профиля СКО, указанного в путевке, ранее данной рекомендации, лечащий врач заполняет и выдает больному санаторно-курортную карту по форме № 072/у-04 (далее - санаторно-курортная карта) (приложение № 3) установленного образца, подписанную им и заведующим отделением.

О выдаче санаторно-курортной карты лечащий врач лечебно-профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного (в истории болезни при направлении на долечивание).

1.9. Лечащие врачи, заведующие отделениями и ВК лечебно-профилактических учреждений должны руководствоваться следующим обязательным перечнем диагностических исследований и консультаций специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте:

- а) клинический анализ крови и анализ мочи;
- б) электрокардиографическое обследование;
- в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);
- г) при заболеваниях органов пищеварения - их рентгеноскопическое исследование (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопия;
- д) в необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, желудочного сока, печеночные, аллергологические пробы и др.;
- е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных - дополнительно обменная карта;
- ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;
- з) при основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.) - заключение соответствующих специалистов».

**Методические указания Министерства здравоохранения
от 22.12.99 г. № 99/227**

**«Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков
(кроме больных туберкулезом)»**

«Общие противопоказания, исключающие направление больных на курорты и в местные санатории

Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные острогнойным процессом.

Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.

Все венерические заболевания в острой и заразной форме.

Все болезни крови в острой стадии и стадии обострения.

Кахексия любого происхождения.

Злокачественные новообразования.

Примечание. Больные после радикального лечения по поводу злокачественных новообразований (хирургического, лучистой энергией, химиотерапевтического комплексного) при общем удовлетворительном состоянии, отсутствии метастазирования, нормальных показателей периферической крови могут направляться только в местные санатории для общеукрепляющего лечения.

Все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения, в том числе и хирургического вмешательства, все заболевания, при которых больные не способны к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждаются в постоянном специальном уходе (кроме лиц, подлежащих лечению в специализированных санаториях для спинальных больных).

Эхинококк любой локализации.

Часто повторяющиеся или обильные кровотечения.

Беременность во все сроки на бальнеологические и грязевые курорты, а на климатические курорты, начиная с 26-й недели.

Кроме того, во все сроки беременности нельзя направлять беременных на курорты и в санатории:

- для бальнеогрязелечения по поводу гинекологических заболеваний;
- для лечения радоновыми ваннами экстрагенитальных заболеваний;
- жительниц равнин на горные курорты, расположенные на высоте более 1000 м над уровнем моря.

Все формы туберкулеза в активной стадии - для любых курортов и санаториев не-туберкулезного профиля.

Болезни нервной системы

Болезни центральной нервной системы

13. S14. Травмы спинного мозга.

При сотрясении, повреждении спинного мозга и конского хвоста, гематомииелии с легкой формой тетра- и парапареза, без ограничения самообслуживания, нарушения контроля функции тазовых органов. Через 4 мес. после травмы или нейрохирургической операции.

Санаторное лечение

I. Местные неврологические санатории

II. Курорты грязевые и бальнеологические

То же, но при ограничении самообслуживания и передвижения, при признаках продолжающегося восстановления функций.

Санаторное лечение Специализированные санатории

14.S 06 Внутричерепная травма.

Через 4 мес. после закрытой, 5-6 мес. - открытой черепно-мозговой травмы, отдаленные последствия сотрясения и контузии мозга, травматическая энцефалопатия в восстановительном и резидуальном периодах, при астеническом, психовегетативном и дизэнцефальном синдромах без выраженной внутричерепной и артериальной гипертонии, без значительных двигательных нарушений, препятствующих самостоятельному передвижению, без эпилептикоподобных и психических расстройств.

Санаторное лечение

I. Местные неврологические санатории

II. Курорты бальнеологические с термальными водами

III. Курорты климатические лесные равнинные и приморские (в т.ч. Черноморского побережья Кавказа вне летнего периода)

15.G 35 Рассеянный склероз.

Не резко выраженные формы рассеянного склероза, без значительного ограничения самообслуживания и передвижения.

Санаторное лечение.

Местные неврологические санатории

20.I 60.Субарахноидальное кровоизлияние. Субарахноидально -паренхиматозное кровоизлияние.

Санаторное лечение не ранее 4-6 мес. с момента кровоизлияния, только при возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения, без признаков деменции, не требующие оперативного вмешательства и постоянного наблюдения нейрохирурга Местные неврологические санатории

21. I 61. Внутримозговое кровоизлияние

Санаторное лечение через 4-6 мес. с момента кровоизлияния только при возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения, без признаков деменции, не требующее оперативного вмешательства и постоянного наблюдения нейрохирурга Местные неврологические санатории

23.I 63. Инфаркт мозга .Все виды ишемического инсульта (инфаркта мозга).

Санаторное лечение через 2-3 мес. при возможности самообслуживания и самостоятельного передвижения, без признаков деменции

Местные неврологические санатории

24. I 67. Другие цереброваскулярные болезни (дисциркуляторная энцефалопатия). Церебральный атеросклероз (I 67.02), прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (I 67.03), гипертензивная энцефалопатия (I 67.04) при умеренном нарушении когнитивных функций.

Санаторное лечение

I. Местные неврологические санатории

II. Курорты бальнеологические с сероводородными, радоновыми, йодобромными, хлоридными натриевыми, азотными термальными водами и климатические приморские

III. Курорты с углекислыми водами: Дарасун, Кисловодск, Шмаковка

Противопоказания

Болезни нервной системы инфекционной, сосудистой, травматической, демиелинизирующей природы в остром периоде заболевания, а также в любом периоде при наличии выраженных двигательных нарушений (параличи и глубокие парезы, препятствующие самостоятельному передвижению), трофических расстройств и нарушении функции тазовых органов (кроме больных, направляемых в санатории для лечения травм и болезней позвоночника и спинного мозга).

Амиотрофический боковой склероз (выраженные клинические признаки).

Сирингомиелия, сирингомиелия, паркинсонизм и другие дегенеративные заболевания, рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания нервной системы при прогредиентном течении, с двигательными и тазовыми нарушениями и деменцией.

Последствия травм и заболеваний спинного мозга: а) полный перерыв спинного мозга; б) травматическая кахексия; в) острая или хроническая задержка мочи, требующая катетеризации мочевого пузыря; г) хронический остеомиелит, требующий оперативного вмешательства; д) выраженные нарушения функции почек, уросепсис; е) наркотическая зависимость.

Последствия травм и заболеваний головного мозга со значительными нарушениями двигательных функций, эписиндромом с развитием припадков чаще двух раз в год, деменцией с нарушением самообслуживания, самостоятельного передвижения и речи.

Болезни нервной системы, сопровождающиеся психическими расстройствами (психозы выраженные ипохондрические, депрессивные, обсессивно-компульсивные нарушения).

Эпилепсия и эписиндром с различными формами припадков (более чем 2 раза в год).

Опухоли нервной системы (за исключением состояний, указанных в п. 12)»».

Разговор об этом важном, но практически недоступном виде лечения начнем также с текста закона.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ.

«Статья 29. Санаторно-курортное лечение инвалидов

Инвалиды и дети-инвалиды имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с *индивидуальной программой реабилитации* инвалида на льготных условиях. Инвалиды I группы и дети-инвалиды, нуждающиеся в санаторно-курортном лечении, имеют право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица.

Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, санаторно-курортные путевки выдаются бесплатно органами социальной защиты населения.

Работающие инвалиды обеспечиваются санаторно-курортными путевками по месту работы на льготных условиях за счет средств социального страхования».

Как видим, из текста закона прямо вытекает, что право на санаторно-курортное лечение на льготных условиях предоставляется в соответствии с *индивидуальной программой реабилитации инвалида*.

Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ.

«Статья 12. Защита прав детей на отдых и оздоровление

1. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют мероприятия по обеспечению прав детей на отдых и оздоровление, сохранению и развитию учреждений, деятельность которых направлена на отдых и оздоровление детей.

2. Устанавливают социальные гарантии и льготы по обеспечению отдыха и оздоровления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» ...

В соответствии с Постановлением Главы Администрации Ростовской области от 24 мая 2001 года № 233 (в ред. постановления администрации РО от 06.02.2002 № 53), утвердившим *Положение о порядке предоставления льгот инвалидам* в части обеспечения инвалидов бесплатными путевками на санаторно-курортное лечение, учет лиц, имеющих право на льготы, осуществляют органы социальной защиты насе-

ления муниципальных образований, которые по состоянию на 1 октября года, предшествующего планируемому, составляют списки граждан, имеющих право на получение этих льгот и направляют их в адрес министерства труда и социального развития области с последующим уточнением не реже одного раза в квартал.

К получателям льгот по обеспечению бесплатными путевками на санаторно-курортное лечение относятся неработающие инвалиды, в том числе находящиеся в стационарных учреждениях, и дети-инвалиды.

21 января 2004 года № 443 Администрация Ростовской области в целях поддержки детей, проживающих в Ростовской области и нуждающихся в особой заботе государства, утвердила **«Положение о порядке оказания государственной поддержки в оздоровлении детей Ростовской области, нуждающихся в особой заботе государства»**, за счет средств областного бюджета», организация работы по выполнению которого поручена Министерству труда и социального развития области.

Положение устанавливает порядок обеспечения детей, нуждающихся в особой заботе государства, бесплатными путевками в оздоровительные учреждения различного типа.

Право на получение путевок имеют:

- в санаторно-курортные учреждения - дети-инвалиды и дети с хроническими заболеваниями из малоимущих семей в возрасте от 7 до 18 лет, имеющие показания для санаторно-курортного лечения;

- в оздоровительные учреждения - дети из малоимущих семей в возрасте от 7 до 15 лет.

Путевка в санаторно-курортные и оздоровительные учреждения предоставляется однократно в течение текущего года по заявлению, поданному родителями в органы социальной защиты населения. Учет получателей, имеющих право на обеспечение путевками, осуществляют органы социальной защиты населения муниципальных образований.

Администрации городов и районов области представляют заявки на детей, нуждающихся в оздоровлении, в министерство труда и социального развития области.

Главы муниципальных образований области, руководители территориальных органов социальной защиты населения, министерство труда и социального развития области несут ответственность за организацию приездов детей в санаторно-курортные и оздоровительные учреждения и отъездов из них.

Контроль за целевым использованием средств осуществляют комиссия и министерство труда и социального развития области.

Кроме вышеуказанных нормативных актов вопросы санаторно-курортного лечения регулируют:

приказ Минздрава РФ от 22 ноября 2004 года № 256 «О направлении больных на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение»

6.3.6. О принудительном переводе на непроверенные новые для пациента диабетические препараты

6.3.6.1. Послание президента Российской Федерации и российские лекарственные препараты

27 ноября 2009 года состоялось совместное заседание Консультативного совета общественных и политических организаций при Главе Администрации (Губернаторе) области и «круглого стола» при Законодательном Собрании Ростовской области. В заседании приняли участие руководители и представители руководства всех политических партий, наиболее крупных общественных объединений, действующих в Ростовской области. Заседание было посвящено обсуждению Послания Президента России Д.А. Медведева Федеральному Собранию РФ и роли в связи с этим институтов гражданского общества в реализации его положений.

В заседании принял участие президент Ростовского областного диабетического общества, Южной межрегиональной диабетической ассоциации Галичаев М.П. В своем выступлении он представил участникам заседания позицию диабетических общественных организаций инвалидов в части поддержки Послания, касающейся лекарственного обеспечения.

При изложении мнения общественных организаций инвалидов он исходил из основных положений Послания. В частности, в Послании обозначено намерение развивать медтехнику, технологии и фармацевтику, желание обеспечить **качественными и доступными** лекарствами для лечения заболеваний, в первую очередь тех, что являются наиболее распространенными причинами потери здоровья и смертности. Отмечено, что Правительство определилось с перечнем стратегически значимых лекарств, производство которых необходимо наладить в России, выделены наиболее важные для налаживания в России производства лекарства, **дорогие**, для лечения сердечно-сосудистых патологий, онкозаболеваний, и **лекарства для лечения распространенных заболеваний**, например, простуды и гриппа.

В Послании прямо связаны организация производства российских лекарственных препаратов и соответствие их требованиям **высокого качества, конкурентоспособности** на мировом, а значит и на российском рынке, с аналогичными передовыми препаратами, для этого обозначена **необходимость развития партнерства с ведущими зарубежными разработчиками и производителями**, определена и необходимость организации в России собственных передовых исследований в медицинской сфере.

Четко определена и **позтапность постепенного замещения** отечественными лекарствами импортных лекарств: через 5 лет – четверть лекарств, а к 2020 году – более половины всех препаратов.

То есть, определена именно стратегия, основанная на последовательном изменении ситуации на рынке лекарств, создании фактически заново российской фарминдустрии, включающей в себя производство лекарств из российской субстанции, организацию прикладных исследований по развитию как новых современных лекарств, так и технологий их производства, при обеспечении восприимчивости, гибкости фармпроизводства к выпуску новых, реализующих передовые технологии лечения, а значит, конкурентоспособных, лекарств.

В первую очередь, Галичаев М.П. выразил полную солидарность диабетических общественных организаций инвалидов с основными положениями Послания.

Вместе с тем, изложил основные положения отправленного в Правительство России Обращения диабетических организаций, отметил, что пока российские производители лекарств, в случае инсулинов, ограничиваются установкой технологической импортной линии и налаживанием производства только ограниченного числа видов инсулина из импортной субстанции по технологиям, также импортируемым из стран, в которых сами эти инсулины занимают лишь незначительную часть в общем объеме потребления, а остальную часть занимают уже зарекомендовавшие себя инсулины, производимые мировыми лидерами, организующими производство лекарств именно в полном соответствии с позицией Послания на уровне фарминдустрии, т.е. в сочетании развития производства с развитием научных исследований, постоянным совершенствованием технологии производства, внедрением выпуска новых передовых лекарств, отвечающих требованиям передовых технологий лечения диабета.

Однако уже сейчас этими новыми, разлитыми в России инсулинами, уже под видом «российских» и под лозунгом патриотизма и национальной лекарственной безопасности, их отечественные производители пытаются выдавить в России инсулины мировых лидеров с рынка нерыночными методами, претендуя, путем принудительного перевода больных сахарным диабетом на свои инсулины, на достижение уровня потребления этих «российских инсулинов» сразу до 25 и более процентов. **Эта принудительность неприемлема**, качество новых инсулинов должно быть подтверждено длительным использованием в лечении. Здесь диабетические организации абсолютно солидарны с отмеченной в Послании Президента РФ позтапностью, т.е. достижением уровня российских лекарств 25% только через 5 лет, а для инсулинов это могут быть еще меньшие показатели 7-10%. с постепенным занятием своего достойного места в общем объеме потребления в полном соответствии с ценой, качеством и ассортиментом. Мы сторонники организации производства российских инсулинов в полном технологическом цикле, в т.ч из российской субстанции, но за осторожное их включение в практику лечения за счет назначения вновь заболевшим.

Послание утвердило нас в справедливости изложенной в Обращении к Правительству РФ схемы позтапного, без принуждения, перевода больных сахарным диабетом,

осторожного внедрения этих видов новых инсулинов, выпускаемых российскими производителями.

Отношение к кажущейся относительной простоте налаживания в России производства инсулина из импортной субстанции изменяется, как только к нему могут быть предъявлены требования, изложенные в Послании. По-видимому, и цена инсулина будет другой, поскольку в его стоимость будет включена стоимость организации фарминдустрии производства инсулина по принципам, отвечающим Посланию Президента РФ. Без этих серьезных шагов нас ожидает отставание в реализации передовых технологий лечения сахарного диабета, использование устаревших форм инсулина. Поэтому без партнерского участия передовых лидеров производства инсулинов по всей видимости не обойтись, тенденция к этому уже обозначилась на примере производителя ЗАО «Биотон-Восток». Уже известно о проведенных переговорах по продаже производства одному из мировых лидеров производства инсулинов, компании «Санофи Авентис», с последующим налаживанием выпуска инсулинов этой компании.

Заслушав и обсудив выступление Галичаева М.П., участники заседания приняли решение поддержать ранее направленное диабетическими организациями Ростовской области и Юга России в Правительство РФ обращение по поводу внедрения в практику производимых в России из импортной субстанции инсулинов.

6.3.3.2. Обращение ЮМДА

ОБРАЩЕНИЕ

участников совещания представителей общественных организаций Юга России, работающих в интересах больных сахарным диабетом

19 сентября 2009г. г. Ростов-на-Дону

В связи с поступлением настойчивых предложений от, якобы, российских производителей о закупках в больших объемах для лечения больных сахарным диабетом в регионах Юга России новых «российских» видов инсулинов участники совещания обращаются к Правительству РФ, руководителям здравоохранения, считают необходимым изложить позицию общественных организаций пациентов и обратить внимание на следующее:

1. Полностью солидарны с позицией Президента РФ, Правительства РФ об обеспечении национальной лекарственной безопасности, проявлении патриотизма и поддержке отечественных производителей лекарственных препаратов. Диабетические организации Юга России уже однажды подтвердили зрелость своего патриотизма и солидарности с Правительством РФ, в 2008 году они первыми из всех общественных организаций России и общественных Палат регионов России направили в Общественную палату РФ письмо с поддержкой действий Правительства РФ в Южно-Осетинском конфликте.

2. Патриотизм, лекарственная национальная безопасность при обеспечении здоровья граждан заключаются не только в том, чтобы лечить их обязательно российскими препаратами, а, что важнее, для успешного лечения, продления жизни, в использовании высококачественных, современных препаратов независимо от страны-изготовителя.

3. В России нет отечественных, «российских» инсулинов, произведенных в России в полном технологическом объеме, начиная от субстанции до расфасовки. Это относится к «Гансулинам» (из китайской субстанции), «Генсулинам» (ЗАО «Биотон Восток», из польской субстанции), Биосулинам (Уфа, «Фармстандарт» – голландская субстанция), инсулинам фирмы «Брынцалов» и пр. Пока есть только небольшие лабораторные партии произведенного в России «Ринсулина», но эти работы еще далеки от достижения уровня современных высоких стандартов. Таким образом, не отличаясь, в т.ч. существенно, и по цене, от уже используемых в практике, зарекомендовавших себя высоким качеством при длительном использовании инсулинов фирм «Ново Нордиск», «Эли Лили», «Авентис», эти инсулины не обеспечивают декларируемую их производителями национальную лекарственную безопасность по этой группе препаратов.

Более того, новые препараты часто заявляются, как превосходящие или равные по качеству отмеченным выше инсулинам, однако в самих странах, обладающих патентом на его изготовление, обычно они занимают незначительную долю от общего

объема потребляемых инсулинов. Так, «гансулины» занимают в Китае долю в несколько процентов, «генсулины» – в Польше долю около 15%. В остальном объеме обычно используются три названных вида инсулина фирм «Ново Нордиск», «Эли Лили», «Авентис».

Опыт показывает, что обычно на начальном этапе новые инсулины заявляются по более низкой цене, которая затем сравнивается с ценами аналогичных инсулинов (опыт предложений инсулинов Майкопского производства, брынцаловских инсулинов). Мы считаем, что стоимость используемого инсулина в лечении больного сахарным диабетом не является определяющим его выбор фактором, так как лечение осложнений диабета, возникших вследствие использования инсулинов с более низкими показателями требует значительных государственных затрат, намного превышающих стоимость заместительной инсулинотерапии с использованием современных инсулинов, в т.ч. аналогов.

4. Поводы для осторожного отношения к новым инсулинам, разливаемым в России из ввозимой субстанции, к сожалению, дают и сами производители. Нестабильность намерений новых производителей «российского инсулина» связана с попытками фальсификации: Майкопский инсулин, инсулины фирмы «Брынцалов» (у пациентов, которым он назначался, ухудшалась компенсация диабета); в 2009 году, скоропалительные заявления ЗАО «Биотон Восток» (генсулин) о готовности удовлетворить все потребности России в инсулине в короткие сроки заменяются таким же резким уходом с рынка. При всем уважении к китайским инсулинам (гансулин), они занимают в самом Китае только несколько процентов от общей потребности в инсулинах; российский инсулин «ринсулин» выпускаться начал почему-то только во флаконах при общей тенденции перевода на введение инсулина с использованием шприц ручек, слабо поддерживается развитие его производства.

5. Поэтому необходимо обеспечить поэтапное осторожное внедрение новых видов инсулинов, и только после подтверждения их высокого качества в течение нескольких лет. Минздравсоцразвития РФ должен обеспечить регулярный постсертификационный контроль качества новых инсулинов. При этом по нашему твердому убеждению должны выдерживаться следующие условия:

- неприемлемость принудительного навязывания их пациентам, уже использующим инсулин, обеспечивающий хорошую компенсацию диабета;

- исполнение приказа Минздравсоцразвития РФ №110 от 12.02.07 г. в т.ч. об исполнении лекарственных заявок в соответствии с указанными в них фирменными названиями лекарств, принимая во внимание, в первую очередь, медицинские показания к применению лекарственного средства и рекомендации врачей. Не допускать навязывания новых, неизвестных пациенту инсулинов.

- поэтапное внедрение новых инсулинов в практику лечения больных сахарным диабетом в регионе, означающее: первоначальное апробирование в условиях стационара на группе больных сахарным диабетом, затем на первых этапах назначение их только больным, которым впервые назначен инсулин (это около 1% от общего объема инсулина в регионе). Одновременно необходимо проводить длительный мониторинг качества компенсации диабета, подтверждающий высокую эффективность действия инсулина.

- отдавать предпочтение инсулинам, отвечающим современным тенденциям в технологии качественного лечения больных сахарным диабетом, например аналогам инсулина.

Таким образом, логика включения новых видов инсулинов в перечень закупаемых диабетических препаратов с учетом вышеотмеченных принципов может осуществляться в следующей последовательности: объем этих инсулинов в общем объеме инсулинов может составлять в первый год до 1 %, в дальнейшем при подтверждении качества за счет назначения вновь заболевшим пациентам достигнуть нескольких процентов в течение 3-5 лет и далее занимать достойное место в общем объеме в соответствии с ценой и качеством.

6. Аналогичная позиция отношения к новым видам инсулинов была сформулирована в мае 2007 года в нашем обращении к Президенту Российской Федерации, Правительству, Государственной Думе, Совету Федерации, Полномочному Представителю Президента в Южном федеральном округе, Общественной палате Российской Феде-

рации, – участников конференции в г. Ростове-на-Дону «Современные возможности медико-социального обеспечения, реабилитации и социальной адаптации людей с сахарным диабетом на Юге России. Роль общественных организаций в улучшении качества их жизни», проводимой при поддержке Аппарата Полномочного представителя Президента в Южном федеральном округе.

Участники совещания обращаются к Правительству РФ, руководителям здравоохранения с просьбой учитывать изложенное выше мнение общественных организаций пациентов при принятии решений о увеличении доли российских лекарственных препаратов в лечении больных сахарным диабетом, особенно диабетических, жизненно необходимых, используемых ежедневно, поэтому отвечающих требованиям к высокому гарантированному качеству.

Всего представители 12 общественных организаций пациентов:

Южная межрегиональная диабетическая ассоциация, Ростовская региональная общественная организация инвалидов «Ростовское областное диабетическое общество», Ростовская городская диабетическая общественная организация инвалидов «ДиаДон», Ахтубинская общественная организация инвалидов по сахарному диабету, Сальская общественная диабетическая общественная организация инвалидов «Надежда», Калмыцкое региональное отделение Общероссийской общественной благотворительной организации помощи инвалидам с умственным развитием, Калужская региональная общественная организация инвалидов «Обнинское диабетическое общество», Волгоградская региональная общественная благотворительная организация содействия детям и молодежи с диабетом «Диабетическое сотрудничество», Красногвардейская районная организация Ставропольской краевой организации БОИ, Ростовская городская диабетическая молодежная организация инвалидов «Поиск», Ростовская городская детская диабетическая Общественная организация «Аист»

6.3.3.3. Официальные оценки

Данное Обращение было направлено в Правительство Российской РФ для получения разъяснения по поставленным вопросам.

**Министру
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
ГОЛИКОВОЙ Т.А.**

Уважаемая Татьяна Алексеевна!

Выражая полную солидарность с позицией Президента РФ, Правительства РФ в обеспечении национальной лекарственной безопасности, проявлении патриотизма и поддержке отечественных производителей лекарственных препаратов, тем не менее, просим Вас, в связи с намерениями увеличения доли отечественных лекарственных препаратов в госзакупках при принятии соответствующих решений, проявить осторожность в отношении закупок диабетических препаратов, в частности инсулинов. Их производство в полном технологическом цикле, от субстанции до инсулина, пока в России отсутствует. Однако российские фирмы, использующие ввозимую из-за границы субстанцию, позиционируют изготавливаемые из нее инсулины, как «российские», по сути таковыми не являющиеся, что приводит к подмене понятий и дезориентирует принятие решений о закупках инсулина. Эти новые инсулины таким образом не имеют предпочтений в сравнении с уже используемыми и зарекомендовавшими себя импортными, высококачественными, проверенными практикой длительного лечения инсулинами известных фирм. Поэтому мы не видим объективных причин для перевода больных сахарным диабетом в срочном порядке на эти новые виды инсулинов.

Надеемся, что, благодаря поддержке Правительства РФ, в России появится в скором времени собственный, изготовленный из собственной субстанции, отвечающий современным стандартам лечения российский инсулин.

В связи с этим, направляем Вам принятое диабетическими организациями больных сахарным диабетом Обращение с просьбой учитывать изложенное в нем мнение общественных организаций пациентов при принятии решений, касающихся увеличения доли отечественных диабетических лекарственных препаратов, к которым должны предъявляться повышенные требования к гарантированному качеству,

поскольку они жизненно необходимы и используются в лечении ежедневно на протяжении всей жизни больного.

*Президент Южной межрегиональной диабетической ассоциации
М.П. Галичаев*

В ответ было получено два письма из Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации за № 247487-25-3 от 14 декабря 2009 г. и № 25-3/10/1-7156 от 21 декабря 2009 г., в которых, в целом, подтверждаются основные положения Обращения общественных диабетических организаций Южного федерального округа.

А именно, неприемлемость принудительного перевода больных сахарным диабетом с зарекомендовавших себя на аналогичные российские инсулины, так как при одинаковом действующем веществе показатели фармакокинетики и фармакодинамики конкретных препаратов могут быть различны.

При этом, аналогичные по фармакокинетики и фармакодинамике средства не обязательно будут являться терапевтически эквивалентными.

Это соответствует подходам, принятым в экономически развитых странах, например в Европейском Союзе, данные положения закреплены в Директиве 2001/83/ЕС «Кодекс Сообщества о лекарственных препаратах для человека», которая обеспечивает допуск на европейский рынок препаратов-дженериков (А10).

Письмо Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 за № 247487-25-3:

Департамент развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники, рассмотрев Ваше обращение по вопросу учета особенностей диабетических лекарственных средств при повышении доли отечественных инсулинов на фармацевтическом рынке Российской Федерации, сообщает следующее.

Минздравсоцразвития России во исполнение поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации осуществляет ряд мер совместно с Минпромторгом России по поддержке отечественных разработчиков и производителей лекарственных средств, в том числе в рамках реализации Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации до 2020 года.

Вместе с тем, обращаем Ваше внимание, что основным аспектом выбора между оригинальным препаратом и дженериком является фармацевтическая, фармакокинетическая и терапевтическая эквивалентность.

Согласно экспертным оценкам препараты ряда инсулинов несовместимы между собой и не взаимозаменяемы. Согласно рекомендации И.И. Дедова – главного специалиста эндокринолога Минздравсоцразвития России, директора ФГУ Эндокринологического научного центра, академика РАН и РАМН, одновременное использование у одного и того же пациента инсулинов разных производителей не рекомендуется. Перевод пациента с препаратов инсулина одного производителя на аналогичные препараты другого может сопровождаться ухудшением течения диабета и снижением качества жизни больного.

Аналогичные подходы приняты в экономически развитых странах, например в Европейском Союзе, данные положения закреплены в Директиве 2001/83/ЕС «Кодекс Сообщества о лекарственных препаратах для человека», которая обеспечивает допуск на европейский рынок препаратов-дженериков (А10). Фармацевтическая компания, подающая заявку в национальные или центральный регуляторный орган ЕС на получение торговой лицензии, должна предоставить доказательства, что препарат является эквивалентным соответствующему препарату сравнения.

Также сообщаем, что в настоящее время в Российской Федерации уже существуют отечественные предприятия, производящие инсулины для лечения сахарного диабета в полном цикле от субстанции до готового лекарственного средства, отвечающие всем международным требованиям и установленным стандартам качества, эффективности и безопасности производства лекарственных средств, такие как Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, однако доля и объемы производства данной продукции невелики.

При увеличении ассортимента и объема производства отечественных инсулинов, не уступающих по уровню качества зарубежным препаратам, они будут внедряться в практическое здравоохранение с учетом интересов пациентов.

С уважением,

Директор Департамента Д.О. Михайлова

Письмо Минздравсоцразвития России от 21 декабря 2009 за № 25-3/10/1-7156:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, рассмотрев Ваше обращение о производстве и внедрении в широкую практику российских препаратов инсулина, сообщает следующее.

Сахарный диабет является одной из важнейших проблем современной медицины. Несмотря на чрезвычайно высокую распространенность диабета, заболеваемость данной патологией продолжает возрастать и приобретает угрожающие масштабы. В настоящее время в мире насчитывается около 200 млн. больных, и с каждым годом их число неуклонно увеличивается. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2030 г. общее число больных превысит 360 млн.

В Российской Федерации на сегодняшний день зарегистрировано более 2 млн. больных диабетом. Рост заболеваемости, высокая частота и тяжесть осложнений, обуславливает высокую социальную значимость данной проблематики для государства.

Сахарный диабет относится к патологическим состояниям, которые требуют длительной, пожизненной терапии.

Большая часть терапии проводится самими пациентами, которые обязаны взять на себя ответственность за состояние своего здоровья. Поэтому успех подобного лечения напрямую зависит от того, насколько больные ориентированы в своем заболевании, обучены постоянному самоконтролю и владеют навыками применения лекарственных средств.

Приведенный комплекс проблем обуславливает высокую социальную значимость сахарного диабета и требует государственного участия на всех этапах медицинского и лекарственного обеспечения больных диабетом, а также при разработке и реализации национальных программ и мероприятий по борьбе с диабетом.

Основные цели реализации таких программ направлены на снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения Российской Федерации от сахарного диабета и его осложнений, повышение продолжительности и улучшение жизни больных сахарным диабетом.

Бесперебойное снабжение современными и безопасными лекарственными препаратами инсулина является главным фактором, определяющим качество и продолжительность жизни больных.

В настоящее время в лечении диабета применяются различные препараты человеческого инсулина. Известно, что больные диабетом, получавшие лечение в течение длительного времени препаратами одного и того же производителя, при хорошей переносимости и эффективности, не всегда благополучно переносят смену препарата. Важно отметить, что основным аспектом выбора препаратов инсулина является фармацевтическая, фармакокинетическая и, особенно, терапевтическая эффективность. Терапевтическая эквивалентность является основным требованием взаимозаменяемости лекарственных препаратов. При одинаковом действующем веществе показатели фармакокинетики и фармакодинамики конкретных препаратов могут быть различными. При этом фармацевтически и фармакокинетически эквивалентные лекарственные средства не обязательно будут являться терапевтически эквивалентными.

Данное положение подтверждается методическими рекомендациями «Новые возможности компенсации сахарного диабета типа 1 и профилактики его сосудистых осложнений» (Дедов И.И., Балаболкин М.И., М., 2003), согласно которым одновременное использование у одного и того же пациента инсулинов разных производителей не рекомендуется. Перевод пациента с препаратов инсулина одного производителя на аналогичные препараты другого может сопровождаться ухудшением течения диабета и снижением качества жизни больного. Автором рекомендаций является Дедов И.И. главный специалист эндокринолог Минздравсоцразвития России, директор ФГУ «Эндокринологический научный центр», академик РАН и РАМН.

Вместе с тем, в целях обеспечения стратегической безопасности Российской Федерации, целесообразно стимулирование развития производства отечественных препаратов инсулина. При этом внедрение новых видов российского инсулина в широкую врачебную практику требует внимательного и всестороннего рассмотрения терапевтической эквивалентности и эффективности новых наименований лекарственных препаратов. Современные инсулины должны иметь доказанную эффективность и безопасность.

Переход на российские препараты инсулина возможен только после всестороннего исследования фармакологических и терапевтических свойств предлагаемых аналогов. Процесс перехода должен учитывать и защищать права и интересы каждого пациента.

В.И. Скворцова

7. Диабет и дети. Охрана детства

7.1. Закон на страже защиты детей

Особое внимание международное законодательство уделяет защите прав детей. Необходимость в такой специальной защите была указана еще в Женевской декларации прав ребенка 1924 года.

Декларация прав ребенка, провозглашенная резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1959 года призвала национальные Правительства и местные власти путем законодательных мер обеспечить права ребенка, причем **«При издании с этой целью законов главным соображением должно быть наилучшее обеспечение интересов ребенка»**. «Ребенок должен при всех обстоятельствах быть среди тех, кто первым получает защиту и помощь».

Конвенция о правах ребенка, принятая резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года и подписанная нашей страной, в статье 3 еще раз закрепила: **«Во всех действиях в отношении детей, независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, ... судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка»**.

А в соответствии со статьей 24 «Государства - участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья».

Изменения в Федеральный закон Российской Федерации от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» (ст. 53 закона № 122-ФЗ)

Изменена ст.16 закона «О государственных пособиях...», устанавливавшая право одного из родителей (опекуна) на ежемесячное пособие на ребенка из семьи со среднедушевым доходом, не превышающим величину прожиточного минимума в субъекте РФ, установленную Федеральным законом, до достижения им возраста 16 лет, а для учащихся общеобразовательных учреждений – до окончания обучения, но не старше 18 лет. При этом порядок учета и порядок исчисления среднедушевого дохода семьи, дающего право на получение такого пособия, устанавливался Правительством РФ.

Теперь установление размера, порядка назначения и выплаты пособия на ребенка отнесено к компетенции субъектов Российской Федерации.

Утратила силу ст. 17 рассматриваемого закона, предусматривающая увеличение в двойном размере пособия на ребенка одинокой матери и на 50% на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов.

1 января 2004 года был изменен порядок подсчета среднего заработка для выплаты пособия по временной нетрудоспособности и пособия по беременности и родам. Федеральным законом «О бюджете Фонда социального страхования на 2004 год» были установлены новые нормы определения среднего заработка для случаев, если работник фактически отработал менее трех календарных месяцев в расчетном периоде, и введена норма о выплате пособия, исходя из минимального размера оплаты труда.

В прежней редакции ст. 8 закона № 81-ФЗ пособие по беременности и родам рассчитывалось из среднего заработка за три месяца, предшествовавших декретному от-

пуску. По закону в новой редакции средний заработок рассчитывается за последние 12 месяцев, предшествующих месяцу наступления отпуска по беременности и родам.

В Ростовской области принят областной закон от 22 октября 2004 года N 176-ЗС «О государственном ежемесячном пособии на ребенка гражданам, проживающим на территории Ростовской области» (в ред. Областного закона от 06.08.2008 № 55-ЗС)

Согласно этому закону ежемесячное пособие на ребенка в Ростовской области устанавливается с учетом индексации с 1 января 2008 года в размере 200 рублей.

С 1 января 2009 года размер ежемесячного пособия на ребенка ежегодно индексируется исходя из определенного областным законом об областном бюджете уровня инфляции.

Размер ежемесячного пособия на ребенка с учетом индексации определяется постановлением Администрации Ростовской области. Размер ежемесячного пособия на ребенка соответственно увеличивается:

- 1) на сто процентов на детей одиноких матерей;
- 2) на пятьдесят процентов на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов, либо в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, когда взыскание алиментов невозможно;
- 3) на пятьдесят процентов на детей военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в качестве сержантов, старшин, солдат или матросов, а также курсантов военных образовательных учреждений профессионального образования до заключения с ними контракта о прохождении военной службы.

7.2. Права и льготы детей - инвалидов по сахарному диабету

Права и льготы родителей (опекунов, попечителей) детей - инвалидов по сахарному диабету

Права и льготы	Законодательный акт
Ребенок с недостаточной функцией желез внутренней секреции (например, сахарный диабет), имеет право на установление ему инвалидности	Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 № 965 «О порядке признания граждан инвалидами». С 1 января 2000 года категория "ребенок-инвалид" установлена до возраста 18 лет.
Бесплатная или на льготных условиях медицинская помощь и предоставление лекарств ребенку-инвалиду	Ст. 13 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»
Право на санаторно-курортное лечение ребенка-инвалида, путевка на тех же условиях сопровождающему	Ст. 29 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»
Право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно ребенку-инвалиду и лицу его сопровождающему	ст. 30 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»
Скидка не ниже 50% с квартирной платы и оплаты коммунальных услуг	ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» Постановление Правительства №901 от 27.07.96 «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг»
Освобождение от арендной платы за землю и помещение для хранения средств передвижения ребенка-инвалида	ст. 15 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»
Освобождение от земельного налога (местный налог)	ФЗ «О плате за землю» № 1738-1 от 11.10.91
Освобождение от налога на имущество физических лиц (местный налог)	ФЗ «На имущество физических лиц» №2003-1 от 9.12.91

Права и льготы	Законодательный акт
Семьям, имеющим детей инвалидов предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства	Ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» Ст. 13 ФЗ от 15.04.98 «О садоводческих, огороднических и дачных некоммерческих объединениях граждан» Постановление Правительства № 901 от 27.07.96 «О предоставлении инвалидам и семьям имеющим детей-инвалидов, льгот по оплате жилья и коммунальных услуг»
Право на внеочередное получение жилого помещения ребенком-инвалидом, являющемуся сиротой, по достижении возраста 18 лет	ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» ст. 8 ФЗ от 4.12.96 «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей» Постановление Правительства № 901 от 27.07.96 «О предоставлении инвалидам и семьям имеющим детей-инвалидов, льгот по оплате жилья и коммунальных услуг»
Право на компенсацию затрат по обучению ребенка-инвалида на дому	ст. 18 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» Приказ Минздрава и Минпросвещения № 281-М/17-13-186 от 28.07.80 «Перечень заболеваний по поводу которых дети нуждаются в занятиях на дому» Постановление Правительства № 861 от 18.07.96 «Об утверждении Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных учреждениях»
Право на внеконкурсный (на льготных условиях) прием в среднеспециальные и высшие учебные заведения и аспирантуру.	ФЗ №125 от 27.08.96 «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»
На вступительных экзаменах в учреждениях высшего профессионального образования предусматривается дополнительное время на подготовку устного ответа и выполнения письменной работы	Письмо Минобразования России № 06-62-43 ИН/16-03 от 23.02.98 и Министерства общего и профессионального образования РФ № 27/501 от 25.03.99
Право на бесплатные физкультурно-спортивные услуги, услуги учреждений культуры	ст. 33 Основ законодательства о физической культуре и спорте от 27.04.93 ст. 31 ФС «О социальной защите инвалидов в РФ»

7.3. Меры социальной поддержки семьям с детьми

Областной закон

«О государственном ежемесячном пособии на ребенка гражданам, проживающим на территории Ростовской области» от 22.10.2004 г. № 176-ЗС

Законом предусмотрены ежемесячные пособия гражданам, имеющим детей.

1. Ежемесячное пособие на ребенка в Ростовской области устанавливается с учетом индексации с 1 января 2008 года в размере 200 рублей.

2. С 1 января 2009 года размер ежемесячного пособия на ребенка ежегодно индексируется исходя из определенного областным законом об областном бюджете уровня инфляции.

Размер ежемесячного пособия на ребенка с учетом индексации определяется постановлением Администрации Ростовской области. Проиндексированный размер ежемесячного пособия на ребенка подлежит округлению до целого рубля в сторону увеличения.

3. Размер ежемесячного пособия на ребенка соответственно увеличивается:

1) на сто процентов на детей одиноких матерей;

2) на пятьдесят процентов на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов, либо в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, когда взыскание алиментов невозможно;

3) на пятьдесят процентов на детей военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в качестве сержантов, старшин, солдат или матросов, а также курсантов военных образовательных учреждений профессионального образования до заключения с ними контракта о прохождении военной службы.

Пособие выплачивается малообеспеченным семьям на детей в возрасте до 16 лет, а продолжающим обучение в общеобразовательном учреждении - до 18 лет.

Правила о существовании ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами

(Утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июня 2007 г. № 343)

1. Настоящие Правила определяют в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» порядок назначения и осуществления ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами (далее - лица, осуществляющие уход).

Указом Президента РФ от 26.12.2006 № 1455 с 1 июля 2008 года установлены ежемесячные компенсационные выплаты в размере 1200 рублей неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, а также за престарелым, нуждающимся по заключению лечебного учреждения в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет.

2. Ежемесячная компенсационная выплата (далее - компенсационная выплата) назначается проживающим на территории Российской Федерации лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, а также престарелым, нуждающимся по заключению лечебного учреждения в постоянном постороннем уходе либо достигшим возраста 80 лет (далее - нетрудоспособные граждане). (в ред. Постановления Правительства РФ от 31.12.2008 № 1101)

3. Компенсационная выплата лицу, осуществляющему уход, производится в порядке, установленном для выплаты пенсии нетрудоспособному гражданину, за которым осуществляется уход. (п. 3 в ред. Постановления Правительства РФ от 31.12.2008 № 1101)

4. Компенсационная выплата назначается лицу, осуществляющему уход, независимо от родственных отношений и совместного проживания с нетрудоспособным гражданином.

5. Компенсационная выплата назначается и осуществляется органом, осуществляющим назначение и выплату пенсии нетрудоспособному гражданину (далее - орган, осуществляющий выплату пенсии).

6. Для назначения компенсационной выплаты представляются:

а) заявление лица, осуществляющего уход, с указанием даты начала ухода и своего места жительства;

б) заявление нетрудоспособного гражданина о согласии на осуществление за ним ухода конкретным лицом. При необходимости подлинность подписи нетрудоспособного гражданина на указанном заявлении может подтверждаться актом обследования органа, осуществляющего выплату пенсии. В случае если уход осуществляется за ребенком-инвалидом либо лицом, признанным в установленном порядке недееспособным, такое заявление подается от имени его законного представителя. Ребенок-инвалид, достигший 14 лет, вправе подать заявление от своего имени. От родителей, осуществляющих уход за ребенком-инвалидом, такое заявление не требуется;

в) справка органа, осуществляющего выплату пенсии, по месту жительства либо месту пребывания лица, осуществляющего уход, о том, что пенсия этому лицу не назначалась;

г) справка органа службы занятости по месту жительства лица, осуществляющего уход, о неполучении им пособия по безработице;

д) справка, подтверждающая факт установления нетрудоспособному гражданину инвалидности, либо выписка из акта его освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы;

е) медицинское заключение о признании ребенка в возрасте до 18 лет инвалидом;

ж) заключение лечебного учреждения о нуждаемости престарелого гражданина в постоянном постороннем уходе.

В случае если такие документы имеются в пенсионном деле нетрудоспособного гражданина, их представление не требуется.

Одновременно предъявляются паспорт и трудовая книжка лица, осуществляющего уход, а также трудовая книжка нетрудоспособного гражданина.

7. Решение о назначении компенсационной выплаты принимается органом, осуществляющим выплату пенсии, в течение 10 дней со дня подачи заявлений со всеми необходимыми документами, указанными в пункте 6 настоящих Правил.

В случае отказа в назначении компенсационной выплаты орган, осуществляющий выплату пенсии, в течение 5 дней со дня вынесения соответствующего решения извещает об этом лицо, осуществляющее уход, и нетрудоспособного гражданина (законного представителя) с указанием причины отказа и порядка обжалования вынесенного решения.

8. Компенсационная выплата назначается с месяца, в котором лицо, осуществляющее уход, обратилось за ее назначением с заявлениями и всеми необходимыми документами в орган, осуществляющий выплату пенсии, но не ранее дня возникновения права на указанную выплату.

В случае если к заявлениям приложены не все необходимые документы, орган, осуществляющий выплату пенсии, дает лицу, осуществляющему уход, разъяснение о том, какие документы оно должно представить дополнительно. Если такие документы будут представлены не позднее чем через 3 месяца со дня получения соответствующего разъяснения, месяцем обращения за компенсационной выплатой считается месяц приема заявления.

9. Осуществление компенсационной выплаты прекращается в следующих случаях:

а) смерть нетрудоспособного гражданина либо лица, осуществлявшего уход, а также признание их в установленном порядке умершими или безвестно отсутствующими;

б) прекращение осуществления ухода лицом, осуществившим уход, подтвержденное заявлением нетрудоспособного гражданина (законного представителя) и (или) актом обследования органа, осуществляющего выплату пенсии;

в) назначение лицу, осуществляющему уход, пенсии независимо от ее вида и размера;

г) назначение лицу, осуществляющему уход, пособия по безработице;

д) выполнение нетрудоспособным гражданином либо лицом, осуществляющим уход, оплачиваемой работы;

е) истечение срока, на который нетрудоспособному гражданину была установлена I группа инвалидности либо категория «ребенок-инвалид»;

ж) достижение ребенком-инвалидом возраста 18 лет, если ему по достижении этого возраста не установлена I группа инвалидности;

з) помещение нетрудоспособного гражданина в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания;

и) лишение родителя, осуществляющего уход за ребенком-инвалидом, родительских прав.

10. Лицо, осуществляющее уход, обязано в течение 5 дней известить орган, осуществляющий выплату пенсии, о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение осуществления компенсационной выплаты.

11. Прекращение осуществления компенсационной выплаты производится с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступили обстоятельства, указанные в пункте 9 настоящих Правил.

12. В случае перемены нетрудоспособным гражданином места жительства и продолжения осуществления за ним ухода лицом, которому была назначена компенса-

онная выплата, орган, осуществлявший выплату ему пенсии, приостанавливает осуществление компенсационной выплаты. Орган, осуществляющий выплату пенсии по новому месту жительства, по заявлению лица, осуществляющего уход, о продолжении им ухода за нетрудоспособным гражданином возобновляет осуществление компенсационной выплаты с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором оно было приостановлено.

Орган, осуществляющий выплату пенсии, вправе затребовать от лица, осуществляющего уход, повторное представление (предъявление) документов, указанных в пункте 6 настоящих Правил.

13. Суммы назначенной компенсационной выплаты, не полученные своевременно, выплачиваются за прошлое время, но не более чем за 3 года до обращения за ее получением.

Суммы назначенной компенсационной выплаты, не выплаченные своевременно по вине органа, осуществляющего выплату пенсии, выплачиваются за прошлое время без ограничения каким-либо сроком.

Приложение 1 к Положению о порядке выделения финансовых средств из Государственного фонда занятости населения Российской Федерации на организацию отдыха и лечения детей безработных граждан

Директору Центра занятости населения

(полное наименование Центра)

Заявление

о предоставлении финансовых средств на организацию отдыха и лечения детей

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Адрес места жительства _____

дом. телефон _____

Паспорт серии _____ No. _____ выдан _____

Семейное положение _____

Количество детей _____

Социальное положение _____

(безработный или проходит профессиональную подготовку,

переподготовку, повышение квалификации по направлению службы занятости)

Прошу предоставить мне финансовые средства на оплату:

_____ *(путевки или счета организации, предоставляющей путевку*

(с указанием стоимости и срока путевки))

и / или _____ *(транспортных расходов (с указанием места отдыха / лечения))*

«__» _____ 200__ г. _____

(подпись гражданина)

Данные проверил _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 200__ г.

8. Льготы

8.1. Социальное обслуживание инвалидов

Социальное обслуживание включает в себя совокупность социальных услуг (уход, организация питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, помощи в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и другие), которые предоставляются гражданам из числа инвалидов на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

Инвалиды, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять

свои основные жизненные потребности, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Нелишне бывает напомнить и успокоить, что такие услуги оказываются только при условии добровольного согласия инвалидов, за исключением случаев, когда оказание таких услуг необходимо, чтобы спасти жизнь инвалида (может быть, даже и против его воли).

Действующим законодательством предусмотрен перечень социальных услуг, предоставление которых осуществляется бесплатно. Такие услуги в формах, перечисленных ниже, предоставляются:

- инвалидам, имеющим родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход (при условии, что размер получаемой этими гражданами пенсии, в том числе с учетом надбавок, ниже прожиточного минимума, установленного для нашей области);

- инвалидам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума, установленного для данного региона.

На условиях неполной оплаты услуги из базового перечня, утвержденного постановлением Правительства РФ, оказываются:

- инвалидам, получающим пенсию (в том числе с учетом надбавок, в размере от 100 до 150 процентов прожиточного минимума, установленного для данного региона);

- инвалидам, имеющим родственников, которые не могут по объективным причинам обеспечить им помощь и уход (при условии, что размер получаемой этими гражданами пенсии, в том числе с учетом надбавок, составляет от 100 до 150 процентов прожиточного минимума, установленного для данного региона);

- инвалидам, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых составляет от 100 до 150 процентов прожиточного минимума, установленного для данного региона.

Если инвалид живет в семье, где средний доход на члена семьи на 150 процентов превышает прожиточный минимум, установленный для данного региона. Оплата также производится, если инвалиду были оказаны услуги, не входящие в базовый перечень. Порядок и условия оплаты социальных услуг в государственном и муниципальном секторах социального обслуживания определяются Правительством Российской Федерации. Тарифы на социальные услуги, оказываемые государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, определяются органами социальной защиты населения области.

Предоставление социальных услуг может производиться на дому, при помещении в специальное учреждение (стационар), осуществляющее постоянный уход за находящимися в нем лицами, а также в форме полустационарного обслуживания.

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- организация питания, включая доставку продуктов на дом;
- помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;
- поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;
- содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;
- содействие в организации ритуальных услуг;
- другие надомные социальные услуги.

Социальное обслуживание на дому осуществляется соответствующими отделениями, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения. Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы), тяжелыми заболеваниями (в том числе онколо-

гическими) в поздних стадиях. Социально-медицинское обслуживание на дому осуществляется специализированными отделениями, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Полустационарное социальное обслуживание включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни. Такое обслуживание предоставляется нуждающимся в нем инвалидам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению, не имеющим медицинских противопоказаний к зачислению на социальное обслуживание. Решение о зачислении на полустационарное социальное обслуживание принимается руководителем учреждения социального обслуживания на основании личного письменного заявления гражданина пожилого возраста или инвалида и справки учреждения здравоохранения о состоянии его здоровья.

Полустационарное социальное обслуживание осуществляется отделениями дневного (ночного) пребывания, создаваемыми в муниципальных центрах социального обслуживания или при органах социальной защиты населения.

Стационарное социальное обслуживание направлено на оказание разносторонней социально-бытовой помощи инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении. Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для инвалидов наиболее удобных и комфортных их возрасту и состоянию здоровья условий жизни, а также оказание им медицинской и иной помощи, направленной на достижение такого состояния, организацию их отдыха и досуга. Стационарное социальное обслуживание инвалидов осуществляется в домах-интернатах, специально оборудованных в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья и социальным положением. Инвалид, выбравший проживание в таком учреждении, отнюдь не лишается возможности вести удобную и привычную для него жизнь. Он имеет право пользоваться телефонной связью и почтовыми услугами за плату в соответствии с действующими тарифами, встречаться с родственниками, друзьями практически в любое время. Супруги из числа проживающих в доме-интернате вправе требовать предоставления им изолированного жилого помещения для совместного проживания.

В качестве особого вида услуг для инвалидов в целях оказания им неотложной помощи разового характера проводится так называемое срочное социальное обслуживание. Срочное социальное обслуживание включает следующие социальные услуги из числа предусматриваемых федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг:

- разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами;
- обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
- разовое оказание материальной помощи;
- содействие в получении временного жилого помещения;
- организацию юридической помощи в целях защиты прав обслуживаемых лиц;
- организацию экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров;
- иные срочные социальные услуги.

Срочное социальное обслуживание осуществляется муниципальными центрами социального обслуживания или отделениями, создаваемыми для этих целей при органах социальной защиты населения.

В комплекс мер, связанных с социальным обслуживанием населения включаются также нормы права, распространяющиеся не только на инвалидов, но на всех граждан. В частности, это касается обслуживания населения в магазинах, ателье, домах быта и иных организациях подобного рода. Правда, и в этих случаях законодательство ориентирует лиц, занимающихся оказанием таких услуг, на особое отношение к гражданам, являющимися инвалидами. Так, инвалиды I и II группы должны обслуживаться вне очереди на предприятиях торговли, общественного питания, службы быта, связи, и жилищно-коммунального хозяйства, в учреждениях здравоохранения, образования, культуры, в юридических службах и других организациях, обслуживающих население.

Инвалиды пользуются правом внеочередного приема руководителями и другими должностными лицами предприятий, учреждений и организаций.

Льготы - льготами, уважение - уважением, а необходимость контроля оказывается необходимой даже в этой области. Несмотря на то, что нас с детства учат уважительным отношением к людям, оказавшимся в тяжелых жизненных условиях, и на требования закона об особых к требованиям к людям, на которых возлагается защита и реализация прав и интересов инвалидов, предусмотрена наравне с этим и система органов, осуществляющих контроль за исполнением разного рода нормативными актами, направленных на социальную поддержку инвалидов (Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», ст. 32, а также Федеральный Закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (ст. 37, 38). Так, контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг на уровне области и государства в целом в сфере социального обслуживания осуществляется органами социальной защиты населения, органами здравоохранения и органами образования в пределах их компетенции, а также министерствами, иными федеральными органами исполнительной власти, государственными предприятиями, учреждениями и организациями, имеющими в своем подчинении учреждения социального обслуживания. Контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг на уровне города, района осуществляется муниципальными органами социальной защиты населения, органами здравоохранения и органами образования, а также органами управления социальным обслуживанием Российской Федерации и органами управления социальным обслуживанием области.

Контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг частными организациями в сфере социального обслуживания осуществляется государственными, муниципальными органами социальной защиты населения, органами здравоохранения и органами образования в пределах их компетенции.

При выявлении случаев нарушения прав инвалидов в сфере социального обслуживания, предусмотренных законами, государственных стандартов качества социального обслуживания органы социальной защиты населения, выдавшие учреждениям социального обслуживания лицензию на профессиональную деятельность в сфере социального обслуживания, вправе приостанавливать ее действие. Вопрос об окончательном прекращении такой деятельности решается учредителями или собственниками учреждений социального обслуживания либо в судебном порядке.

Возможно, организация общественного контроля за деятельностью по предоставлению социальных услуг осуществляется общественными объединениями, занимающимися в соответствии с их учредительными документами вопросами защиты интересов граждан пожилого возраста и инвалидов.

Вообще, контроль за своевременной реализацией прав и интересов инвалидов осуществляют органы прокуратуры и суда.

Надзор за исполнением законодательных актов, предоставляющих дополнительные права и льготы инвалидам, осуществляют Генеральный прокурор Российской Федерации и подчиненные ему прокуроры. Органы прокуратуры представляют собой средство быстрого реагирования на различного рода нарушения и своевременное устранение каких-либо нарушений. Однако они не имеют возможности принудительного исполнения принятых ими решений, за исключением случаев, когда нарушение прав инвалидов связано одновременно с нарушением уголовного и административного законодательства. Тем не менее, в силу Указа Президента «О мерах по укреплению дисциплины в системе государственной службы» органы прокуратуры вправе обращаться к Президенту с требованием о применении мер взыскания, вплоть до освобождения от должности, к должностным лицам, уклоняющимся от выполнения федеральных законов, указов Президента и других нормативных актов.

Такой возможностью обладает только судебные органы. Действия или бездействие государственных органов, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц, повлекшие нарушения прав инвалидов, могут быть обжалованы в суд. Обращение суд в этом случае оформляется в виде жалобы, возмещение расходов, связанных с неисполнением законов, может производиться судом непосредственно при рассмотрении этой жалобы. Кроме того, в случае обнаружения в ходе судебного разбирательства, что действия должностного лица

подпадают под условия, предусмотренные другими законодательными актами, судья может принять решения о возможности привлечения его к уголовной или административной ответственности, а также указать лицу, обратившемуся за защитой своих прав на привлечения допустившего нарушение лица к гражданско-правовой ответственности.

Действующее в настоящий момент законодательство не представляет застоявшейся собой структуры. Как на уровне федерации, так и на уровне нашей области разрабатываются целевые программы, направленные на защиту инвалидов (как категории граждан, в настоящий момент особо нуждающихся в социальной поддержке государства). Оказание поддержки инвалидам будет производиться не только в виде целевых денежных выплат и адресного предоставления каких-либо льгот имущественного характера, но и создание для инвалидов социальной инфраструктуры, удобной для проживания (оборудование жилых домов средствами, удобными для перемещения инвалидов, т.е. специальными подъездными дорожками, подъемниками; создание реабилитационных комплексов, оборудованных специальными спортивными тренажерами, бассейнами; адаптация средств индивидуального, городского и междугороднего общественного пассажирского общественного транспорта, связи и информатики; расширение производства вспомогательных технических средств и бытового оборудования). Обеспечение в современных условиях занятости инвалидов должно осуществляться путем создания большего количества рабочих мест, специально оборудованных для осуществления трудовой деятельности инвалидом, увеличение доли квотирования рабочих мест на предприятии, предназначенных для приема на работу инвалидов. Дальнейшее совершенствование будет происходить и в системе социальной защиты.

Областным законом «О наделении органов местного самоуправления государственными полномочиями Ростовской области по предоставлению мер социальной поддержки отдельным категориям граждан» № 274-ЗС от 31 июля 2009 года органам местного самоуправления передаются государственные полномочия Ростовской области по предоставлению мер социальной поддержки:

- 1) инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, установленных статьей 17 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

- 2) ветеранов по оплате жилищно-коммунальных услуг, установленных статьями 14, 15, 16, 18 и 21 Федерального закона «О ветеранах»;

- 3) граждан по оплате жилищно-коммунальных услуг, установленных пунктом 17 части первой статьи 2 Федерального закона «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне»;

- 4) граждан по оплате жилищно-коммунальных услуг, установленных пунктом 3 части первой статьи 14 Закона Российской Федерации «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»;

- 5) по выплате инвалидам компенсации страховых премий по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

- 6) по назначению и выплате единовременного пособия беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, и ежемесячного пособия на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву.

Кроме того, Постановлением Администрации Ростовской области от **18 января 2006 года № 487** министерству здравоохранения области поручено организовать работу по исполнению **Положения о порядке обеспечения жителей Ростовской области дорожестоящими (высокотехнологичными) видами медпомощи** за счет средств областного бюджета.

Высокотехнологичные виды медицинской помощи, в том числе кардиохирургическая медицинская помощь с применением дорожестоящих медицинских изделий и аппаратов, устройств для замещения функций органов и систем организма, медицинская помощь с применением средств для диализной терапии, эндопротезов суставов, слуховых протезов, оказываются за счет средств областного бюджета учреждениями здравоохранения Ростовской области следующим категориям граждан, проживающим на территории Ростовской области:

- малоимущим гражданам, среднедушевой доход которых ниже величины прожиточного минимума, установленного на территории Ростовской области, состоящим на

учете в учреждениях здравоохранения области, перечень которых утверждается приказом министерства здравоохранения области;

- госпитализированным по неотложным показаниям (кроме слухопротезирования);
- пенсионерам, инвалидам, работникам бюджетной сферы, находящимся на лечении в государственных учреждениях здравоохранения, оказывающих кардиохирургическую медицинскую помощь.

За счет средств областного бюджета оказываются высокотехнологичные виды медицинской помощи детям, проживающим на территории Ростовской области и находящимся на лечении в государственных учреждениях здравоохранения, оказывающих детям следующую медицинскую помощь:

- высокотехнологичные виды медицинской помощи, в том числе кардиохирургическую медицинскую помощь с применением дорогостоящих медицинских изделий и аппаратов, устройств для замещения функций органов и систем организма, медицинской помощью с применением средств для диализной терапии, эндопротезов суставов, слуховых протезов;

- лекарственными (высокотехнологичными) средствами для лечения гематологических заболеваний у детей, которыми обеспечиваются дети, находящиеся на лечении в гематологическом центре государственного учреждения здравоохранения «Областная детская больница»;

- другими высокотехнологичными видами медицинской помощи по решению Главы Администрации (Губернатора) области.

Дети, которые страдают гематологическими заболеваниями и терминальной стадией почечной недостаточности, обеспечиваются лекарственными средствами и средствами для диализной терапии при условии, что они находятся на лечении в гематологическом центре и центре эфферентных методов терапии государственного учреждения здравоохранения «Областная детская больница» и имеют медицинские показания.

Высокотехнологичными видами медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения Ростовской области обеспечиваются жители Ростовской области при условии, что они имеют клинические показания для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи и находятся на лечении в учреждениях здравоохранения, перечень которых утверждается министерством здравоохранения области.

Оказание жителям Ростовской области высокотехнологичных видов медицинской помощи осуществляется в порядке очередности

Министерство здравоохранения области: устанавливает порядок учета больных, нуждающихся в высокотехнологичных видах медицинской помощи, учета дорогостоящих лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Кроме вышеперечисленных, важными нормативными актами, регулирующими медицинское обслуживание инвалидов и их лекарственное обеспечение, являются:

- Федеральный закон **«Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»** от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ.

- Постановление Правительства РФ от 2 октября 2009 № 811 **«О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 год».**

- Приказ министерства здравоохранения Ростовской области от 23 февраля 2001 года № 44а **«Об упорядочении плановой консультативной медицинской помощи населению сельских территорий»** и другие, которые мы рассмотрим далее.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 8 мая 1996 г. № 676 **«О мерах государственной поддержки лиц, больных сахарным диабетом»** и в целях комплексного решения проблем, связанных с сахарным диабетом, Правительство Российской Федерации Постановлением от 7 октября 1996 года № 1171 утвердило Федеральную целевую программу **«Сахарный диабет»** и рекомендовало органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработать и утвердить мероприятия, направленные на оказание помощи лицам, больным сахарным диабетом, а также на обеспечение их высококачественными сахароснижающими препаратами и диетическими продуктами.

Одним из основных направлений программы является гарантированное обеспечение государством лиц, больных сахарным диабетом, высококачественными генно-инженерными и свиными монокомпонентными инсулинами, средствами их введения, таблетированными сахароснижающими препаратами, современными средствами выведения больных из тяжелых гипогликемических состояний.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2006 года N 1706-р была утверждена Концепция Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 года)». В ее состав вошли подпрограмма «Сахарный диабет», В рамках реализации мероприятий подпрограммы предусматриваются:

- проведение исследований по изучению причин возникновения, механизмов развития сахарного диабета и его осложнений, совершенствованию методов его профилактики, диагностики и лечения;

- оснащение диабетологических подразделений специализированных учреждений здравоохранения необходимым оборудованием, организация работы школ для обучения больных сахарным диабетом;

- проведение мониторинга сахарного диабета и его осложнений, обеспечение функционирования государственного регистра лиц, больных сахарным диабетом, создание мобильных лечебно-профилактических модулей, внедрение в клиническую практику современных лекарственных средств и диагностических систем.

5 марта 2002 года Минздрав РФ, рассмотрев на заседании Коллегии вопрос «О ходе реализации федеральной целевой программы «Сахарный диабет»» (протокол №5), принял решение: «В целях своевременного и эффективного выполнения мероприятий подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)»:

продолжить закупки сахароснижающих препаратов (инсулинов и таблетированных форм) диагностических средств и средств индивидуального контроля сахарного диабета в пределах выделенных средств с учетом приоритетного обеспечения детей, подростков и беременных женщин, страдающих сахарным диабетом;

продолжить организацию:

- в безусловном порядке обеспечения детей, подростков и беременных женщин, страдающих сахарным диабетом, сахароснижающими препаратами и средствами индивидуального контроля сахарного диабета;

- специализированных отделений, школ по обучению больных сахарным диабетом в соответствии с утвержденным планом;

- санаторного и реабилитационного лечения больных сахарным диабетом на базе региональных реабилитационных центров и санаториев системы здравоохранения.

А в утвержденной решением Ростовской-на-Дону городской Думы от 22.03.2001 года № 363 Комплексной программе развития здравоохранения города на 2001-2004 годы предусмотрено:

«3.4. С целью улучшения качества медицинской помощи больным сахарным диабетом:

- гарантированное обеспечение инсулинами и другими сахаропонижающими средствами;

- организация комплексных осмотров больных с факторами риска по сахарному диабету;

- сохранение «аварийного» обеспечения больных противодиабетическими препаратами через аптеку «Клеант»;

- продолжение работы школ «Для больных сахарным диабетом» и «Диабетическая стопа».

8.2. Адресная социальная помощь

Согласно Областного закона «Об адресной социальной помощи в Ростовской области» № 174-ЗС от 22 октября 2004 г. выплата адресного социального пособия в денежном выражении предусмотрена следующим категориям малоимущих граждан:

- одиноким, неработающим пенсионерам, достигшим 65 – летнего возраста;
- неработающим, трудоспособным гражданам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами до 18 лет, инвалидами 1 группы, престарелыми гражданами, достигшими 80-летнего возраста (при наличии справки о нуждаемости в постороннем уходе);
- лицам, попавшим в экстремальную ситуацию.

Размер социального пособия определяется как разница между величиной прожиточного минимума и среднедушевым доходом семьи гражданина, обратившегося за данным видом помощи.

Пособие назначается на срок от одного до шести месяцев в году.

Малоимущей считается семья или одиноко проживающий гражданин, среднедушевой доход которых за три месяца, предшествующие обращению за социальной поддержкой, ниже величины прожиточного минимума, установленного в Ростовской области на дату обращения.

В Управление ПФР по

от

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне адресную социальную помощь в связи с _____

на _____

На сумму _____ руб.

Номер пенсионного дела _____

Размер получаемой пенсии _____ руб.

Адресную социальную помощь прошу _____

«__» _____ 200__ г.

Приложение: акты обследования пенсионера с указанием среднедушевого дохода на одного члена семьи, справка о наличии иждивенцев, другие справки при необходимости, документы, подтверждающие выполнение работ, оказание услуг, получение товаров.

Заявление зарегистрировано в журнале УПФР по _____

No. _____ «__» _____ 200__ г.

Начальнику Управления труда и социального развития мэрии г. Шахты

Л.И. Брюховецкой

От _____

Год рождения _____, проживающего(ей) по адресу: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

Дата выдачи «__» _____ г. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отнести мою семью к категории малообеспеченных и внести в список на бесплатное обеспечение учебниками на 2004-2005 гг. моего ребенка (детей) _____

ф.и.о., год рождения школа класс

Моя семья состоит из _____ человек.

Месячный денежный душевой доход (в среднем за последние 3 месяца) _____

Прилагаем требуемые документы в количестве _____ штук.

В случае возникновения изменений обязуюсь в течение 15 дней сообщить о них. Предупрежден(а) об ответственности за представление ложной информации и недостоверных (поддельных) документов. Против проверки представленных мною сведений не возражаю.

« _____ » _____ 200 _____ г. _____

(подпись)

Документы приняты « _____ » _____ 200 _____ г. № карточки учета семьи (или дела) _____

В _____

(название суда)

суд г. _____

Заявитель: _____

(Ф.И.О.)

8.3. Прочие льготы

8.3.1 Льготы инвалидам в сфере образования

Инвалиды 1 и 2 группы при поступлении в среднее профессиональное и высшее профессиональное государственное или муниципальное образовательное учреждение имеют право на внеконкурсное зачисление в случае успешной сдачи вступительных экзаменов, если такое обучение не противопоказано медицинским заключением. Гражданам из числа инвалидов, обучающимся в среднем или высшем профессиональном государственном или муниципальном учебном заведении, в обязательном порядке должна начисляться стипендия. Нуждаемость таких лиц в дополнительной поддержке должна также учитываться профсоюзным комитетом студентов при выделении материальной и иной помощи лицам из числа студентов.

Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа. Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов (статья 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Государственные органы управления образованием обеспечивают учащихся из числа инвалидов бесплатно или на льготных условиях специальными учебными пособиями и литературой, а также обеспечивают им возможность пользования услугами сурдопереводчиков...

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ:

Статья 18. Воспитание и обучение детей-инвалидов

Образовательные учреждения, органы социальной защиты населения, учреждения связи, информации, физической культуры и спорта обеспечивают непрерывность воспитания и образования, социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов.

Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образова-

ния, среднего профессионального и высшего профессионального образования **в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида**.

При невозможности осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях органы управления образованием и образовательные учреждения обеспечивают с согласия родителей обучение детей-инвалидов по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Статья 19. Образование инвалидов

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Общее образование инвалидов осуществляется **бесплатно** как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях и регулируется законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с **индивидуальной программой реабилитации инвалида**.

Государственные органы управления образованием обеспечивают учащихся бесплатно или на льготных условиях специальными учебными пособиями и литературой...

И что мы опять видим? Так нужна ли и важна ли индивидуальная программа реабилитации инвалида?!

Основные положения Закона РФ «Об образовании» от 10 июля 1992 года № 3266-1 (в редакции Федерального закона от 13.01.96. № 12-ФЗ):

- для детей-инвалидов предельный возраст получения основного общего образования (восемнадцать лет) может быть увеличен;

- учебная нагрузка, режим занятий детей-инвалидов согласованы с органами здравоохранения;

- ограничения прав граждан на профессиональное образование по состоянию здоровья могут быть установлены только законом;

- инвалиды имеют право выбора образовательного учреждения и поступления в него;

- инвалидам, обучающимся в средних или высших профессиональных государственных или муниципальных учебных заведениях, в обязательном порядке, независимо от успеваемости, должна начисляться стипендия;

- инвалиды 1 и 2 группы, окончившие высшие и средние специальные учебные заведения (независимо от форм обучения), направляются министерствами и ведомствами для трудоустройства, как правило, по месту жительства в соответствии с приобретенной ими специальностью.

- затраты на обучение граждан в платных негосударственных образовательных учреждениях, имеющих государственную аккредитацию и реализующих образовательные программы общего образования, возмещаются гражданину государством в размерах, определяемых государственными нормативами затрат на обучение граждан в государственном или в муниципальном образовательном учреждении соответствующего типа и вида.

Вне конкурса при условии успешной сдачи вступительных экзаменов в государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего профессионального и высшего профессионального образования принимаются:

- дети-инвалиды, инвалиды I и II групп, которым согласно заключению учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы не противопоказано обучение в соответствующих образовательных учреждениях;

- граждане в возрасте до 20 лет, имеющие только одного родителя - инвалида I группы, если среднедушевой доход семьи ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации;

К компетенции образовательного учреждения относятся:

– контроль за своевременным предоставлением отдельным категориям обучающихся, воспитанников дополнительных льгот;

Образовательное учреждение несет в установленном законодательством Российской Федерации порядке ответственность за нарушение прав и свобод обучающихся;

– граждане Российской Федерации вправе в установленном порядке неоднократно получать бесплатное профессиональное образование по направлению государственной службы занятости, в случае потери возможности работать по профессии, специальности, в случае инвалидности...

Федеральный закон от 22 августа 1996 года № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» (в ред. Федеральных законов от 10.07.2000 № 92-ФЗ, от 07.08.2000 № 122-ФЗ).

Вне конкурса при условии успешной сдачи вступительных испытаний в государственные и муниципальные высшие учебные заведения принимаются:

– дети-инвалиды, инвалиды I и II групп, которым согласно заключению учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы не противопоказано обучение в соответствующих высших учебных заведениях;

– граждане в возрасте до двадцати лет, имеющие только одного родителя - инвалида I группы, если среднедушевой доход семьи ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации;

– студенты государственных, муниципальных высших учебных заведений, обучающиеся по очной форме обучения (далее – студенты очной формы обучения) и получающие образование за счет средств соответствующего бюджета, обеспечиваются стипендиями в размере 200 рублей. Студентам - инвалидам I и II групп размер стипендии увеличивается на пятьдесят процентов. Порядок назначения и выплаты стипендий устанавливается Правительством Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 07.08.2000 N 122-ФЗ)

В целях обеспечения учащихся образовательных учреждений из социально незащищенных слоев населения бесплатной учебной литературой Администрация Ростовской области 23 января 2004 года Постановлением № 32 утвердила «**Положение о порядке обеспечения учебной литературой**» за счет средств областного бюджета, возложив его исполнение на Министерство общего и профессионального образования области совместно с главами муниципальных образований области, которым также рекомендовано направлять дополнительные средства на комплектование библиотек муниципальных образовательных учреждений учебной литературой и обеспечение льготных категорий учащихся бесплатными учебниками.

В соответствии с этим Положением, учебной литературой, приобретенной за счет средств областного бюджета, обеспечиваются дети из малообеспеченных семей, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума, установленного по области, в том числе в первоочередном порядке следующие категории:

– дети-инвалиды, проживающие в семьях;

– дети, родители которых не имеют работы и состоят на учете в службе занятости населения;

– дети, чьи родители являются инвалидами либо пенсионерами;

Учебная литература выдается учащимся на год или несколько лет, если это предусмотрено программой обучения.

Такие же меры предусмотрены и в других городах области местными нормативными актами.

Определение права на бесплатное обеспечение учебниками учащихся из малообеспеченных семей проводится при поступлении всех необходимых документов заявителя:

– заявления, содержащего сведения о доходах всех членов семьи за три предшествующих месяца;

– паспорта либо документа, его заменяющего;

– справки о составе семьи (с места жительства);

– справок, подтверждающих сведения о фактически получаемых доходах семьи за три предшествующих месяца перед обращением;

– копии свидетельств о рождении детей;

– справки с места учебы учащегося образовательного учреждения.

При определении права на обеспечение учебной литературой исчисление средне-душевого дохода семьи производится в соответствии с Федеральным законом РФ № 44-ФЗ от 05.04.2003 «О порядке учета доходов и расчета среднедушевого дохода семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для признания их малоимущими и оказания им государственной социальной помощи».

8.3.2. Льготы при компенсации расходов на санаторно-курортное обслуживание инвалидов

Бесплатное обеспечение путевками на санаторно-курортное лечение и в дома отдыха осуществляется органами социальной защиты в отношении неработающих инвалидов. Путевки на санаторно-курортное лечение предоставляются в соответствии с заключением лечебного учреждения.

Отдельно принято решение о бесплатном предоставлении гражданам, впервые признанным инвалидами I группы и имеющие соответствующие медицинские показания, путевки на санаторно-курортное лечение, которыми они обеспечиваются не реже одного раза в течение первых трех лет после установления инвалидности, кроме того, у них есть право приобрести билет на проезд к месту лечения и обратно с 50-процентной скидкой. Этим правом пользуются лица, признанные инвалидами I группы после вступления в силу Указа президента РФ от 2 октября 1992 года. С 1 января 1997 года предоставление санаторно-курортного лечения инвалидам производится по следующим правилам. Инвалиды пользуются правом на санаторно-курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида на льготных условиях. Инвалидам I группы предоставляется также право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица. Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, санаторно-курортные путевки выдаются бесплатно органами социальной защиты населения. Работающие инвалиды обеспечиваются санаторно-курортными путевками по месту работы на льготных условиях за счет средств социального страхования...

8.3.3. Льготы инвалидов при пользовании транспортом

Инвалидам I и II групп предоставляется право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно, если законодательством Российской Федерации не установлены более льготные условия. Указанные льготы распространяются на лицо, сопровождающее инвалида I группы.

Кроме того, инвалиды могут воспользоваться ЕДВ для приобретения льготного социального проездного талона, стоимость которого в 2010 году в Ростовской области составляет 230 рублей. Стоимость социально проездного талона устанавливается после принятия федерального и областного бюджета.

8.3.4. Трудовое законодательство

Предоставление льгот при реализации инвалидом своего права на труд направлено на обеспечение возможности инвалиду устроиться на работу и условий осуществлять такую деятельность без дальнейшего ухудшения своего здоровья (статья 23 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в РФ» регулирует условия труда инвалидов, а статья 25 этого же закона условия признания инвалида безработным).

Инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени (не более 35 часов в неделю) с сохранением полной оплаты труда. Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней из расчета шестидневной рабочей недели. Инвалиды могут привлекаться к сверхурочной работе, работе в выходные дни и ночное время только с их согласия и при условии, что такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями.

Для облегчения устройства на работу для инвалидов Министерством труда был разработан специальный перечень профессий, овладение которых дает возможность инвалидам быть конкурентоспособными на рынке труда. Кроме того, органами государственной власти области должна быть установлена квота для выделения предприятий области рабочих мест для инвалидов, а также создания специально оборудованных трудовых мест. Законодательством должны быть установлены налоговые льготы для тех предприятий, на которых трудятся инвалиды, а также для тех, кто осуществляет создание специально оборудованных рабочих мест.

В настоящее время органами службы занятости производится регистрация инвалидов в качестве безработных. Безработным признается инвалид, имеющий трудовую рекомендацию, заключение о рекомендуемом характере и условиях труда, которое выдано в установленном порядке, не имеющий работы, зарегистрированный в органе службы занятости в целях поиска подходящей работы и готовый приступить к ней. Подходящей признается для такого гражданина работа, которая указана в заключении и соответствует его индивидуальной программе реабилитации. Для принятия решения о признании инвалида безработным он представляет в орган службы занятости (наряду с трудовой книжкой, документом, удостоверяющим личность, справкой с последнего места работы о зарплате за последние три месяца, документом, удостоверяющим профессиональную квалификацию) индивидуальную программу реабилитации инвалида. Однако до разработки Государственной службой медико-социальной экспертизы индивидуальной программы реабилитации инвалида решение о признании безработными граждан, утративших способность к регулярному профессиональному труду, может приниматься и без предъявления ими индивидуальной программы реабилитации инвалида...

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24 ноября 1995 г. гласит:

Статья 20. Обеспечение занятости инвалидов

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

2) установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;

3) резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;

4) стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;

5) создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

6) создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов;

7) организации обучения инвалидов новым профессиям.

Статья 21. Установление квоты для приема на работу инвалидов (в ред. Федерального закона от 29.12.2001 N 188-ФЗ)

Организациям, численность работников которых составляет более 100 человек, законодательством субъекта Российской Федерации устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее 2 и не более 4 процентов). (часть первая в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Общественные объединения инвалидов и образованные ими организации, в том числе хозяйственные товарищества и общества, уставный (складочный) капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов, освобождаются от обязательного квотирования рабочих мест для инвалидов.

Статья 22. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов - рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, до-

полнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

Статья 23. Условия труда инвалидов

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

Не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней. (в ред. Федерального закона от 09.06.2001 N 74-ФЗ)

Статья 24. Права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов

Работодатели вправе запрашивать и получать информацию, необходимую при создании специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов. (в ред. Федерального закона от 23.10.2003 N 132-ФЗ)

Работодатели в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов обязаны: (в ред. Федерального закона от 23.10.2003 N 132-ФЗ)

- 1) создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов;
- 2) создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;
- 3) предоставлять в установленном порядке информацию, необходимую для организации занятости инвалидов.

8.3.5. Жилищные льготы

В соответствии с Жилищным кодексом Российской Федерации и Постановлением Правительства Российской Федерации «О предоставлении субсидий на оплату жилья и коммунальных услуг» № 761 от 14 декабря 2005 г. № 761

Право на субсидии имеют:

- а) пользователи жилого помещения в государственном или муниципальном жилищном фонде;
- б) наниматели жилого помещения по договору найма в частном жилищном фонде;
- в) члены жилищного или жилищно-строительного кооператива;
- г) собственники жилого помещения (квартиры, жилого дома, части квартиры или жилого дома).
- д) зарегистрированным совместно с ними по месту постоянного жительства членам их семей.

Субсидии на оплату жилого помещения и коммунальных услуг предоставляются гражданам в случае, если их расходы на оплату жилого помещения и коммунальных услуг в пределах социальной нормы площади жилья и нормативов потребления коммунальных услуг превышают величину максимально допустимой доли платежей граждан за ЖКУ в совокупном доходе семьи.

Для семей со среднедушевым доходом ниже установленного прожиточного минимума максимально допустимая доля расходов уменьшается в соответствии с поправочным коэффициентом, равным отношению среднедушевого дохода в семье к прожиточному минимуму.

Субсидии назначаются гражданам Российской Федерации по месту регистрации на 6 месяцев с момента обращения с заявлением и документами, подтверждающими:

состав семьи заявителя; гражданство Российской Федерации заявителя и членов его семьи; правовое основание владения и пользования жилым помещением; доходы заявителя и всех членов семьи за 3 месяца, предшествующие месяцу обращения; право на льготы или компенсации по оплате жилья и коммунальных услуг заявителя и членов семьи, зарегистрированных совместно с ним по месту постоянного жительства.

Субсидии предоставляются гражданам при отсутствии у них задолженности по оплате жилых помещений и коммунальных услуг или при заключении и (или) выполнении ими соглашений по ее погашению.

Меры социальной поддержки предоставляются органами социальной защиты населения по следующим документам:

- заявление,
- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность,
- документ, подтверждающий льготный статус,
- справка с места жительства о составе семьи, справки о доходах членов семьи, копии договоров, платежные документы (проездные билеты, квитанции об оплате), копия лицевого счета в кредитном учреждении и другие документы для назначения определенных мер социальной поддержки.

Администрацией Ростовской области принято Постановление «О порядке предоставления мер социальной поддержки по обеспечению жильем ветеранов, инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов» № 312 от 3 августа 2007 г. . По нему предоставление мер социальной поддержки по обеспечению жильем осуществляется в форме субсидий.

Получение субсидии является добровольным и носит заявительный характер.

Заявление подается персонально каждым гражданином, за исключением семей, имеющих детей-инвалидов.

Заявление от имени ребенка-инвалида подает его законный представитель.

Субсидии предоставляются следующим категориям:

– Гражданам, имеющим право на обеспечение жильем за счет субвенций, поступающих в областной бюджет из федерального бюджета, в соответствии с Федеральным законом от 12.01.1995 N 5-ФЗ «О ветеранах», вставшим на учет до 1 марта 2005 года, а именно:

- Инвалидам Великой Отечественной войны.
- Участникам Великой Отечественной войны, в том числе военнослужащим, проходившим военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев; военнослужащим, награжденным орденами или медалями СССР за службу в указанный период.

– Лицам, работавшим в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также членам экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств.

– Лицам, награжденным знаком «Жителю блокадного Ленинграда».

– Членам семей погибших (умерших) инвалидов Великой Отечественной войны и участников Великой Отечественной войны, членам семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также членам семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда.

– Гражданам, имеющим право на обеспечение жильем в соответствии с Федеральными законами от 12.01.1995 N 5-ФЗ «О ветеранах» и от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», вставшим на учет до 1 января 2005 года, а именно:

- Инвалидам боевых действий, а также военнослужащим и лицам рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, ставшими инвали-

дами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей).

– Ветеранам боевых действий.

– Членам семей погибших (умерших) инвалидов боевых действий и ветеранов боевых действий, членам семей военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы и органов государственной безопасности, погибших при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), членам семей военнослужащих, погибших в плену, признанных в установленном порядке пропавшими без вести в районах боевых действий.

– Инвалидам.

– Семьям, имеющим детей-инвалидов.

Федеральный закон «**О социальной защите инвалидов в РФ**» от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ.

Статья 17. Обеспечение инвалидов жилой площадью

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

Жилые помещения предоставляются инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других заслуживающих внимания обстоятельств.

Инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 50 процентов с квартирной платы (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, - со стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению.

Инвалидам и семьям, имеющим в своем составе инвалидов, предоставляется право на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства.

Порядок предоставления указанных льгот определяется Правительством Российской Федерации. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать инвалидам дополнительные льготы.

Постановление Правительства РФ от 27 июля 1996 года № 901 «**О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг**».

Орган исполнительной власти субъектов Российской Федерации и орган местного самоуправления осуществлять необходимые организационные меры, обеспечивающие предоставление льгот инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг, по получению земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства в соответствии с Правилами, утвержденными настоящим Постановлением ... в соответствии с **индивидуальной программой реабилитации** инвалида.

- Для постановки на учет нуждающихся в улучшении жилищных условий инвалидами и семьями, имеющими детей - инвалидов, подается заявление, к которому прилагаются: выписка из домовой книги; копия финансового лицевого счета; копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и копия **индивидуальной программы реабилитации инвалида**; другие документы с учетом конкретных обстоятельств (справки бюро технической инвентаризации, учреждений здравоохранения и т.п.).

- Инвалиды и семьи, имеющие детей - инвалидов, принятые на учет граждан, нуждающихся в улучшении жилищных условий, включаются в отдельные списки для обеспечения жилыми помещениями в первоочередном порядке.

- При предоставлении жилого помещения инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, учитываются рекомендации **индивидуальной программы реабилита-**

ции инвалидов, состояние его здоровья, а также другие обстоятельства (приближение к лечебно-профилактическому учреждению, месту жительства родных, близких и т.п.).

- Инвалидам и семьям, имеющим детей - инвалидов, занимаемые ими жилые помещения могут быть заменены на другие равноценные жилые помещения в соответствии с **индивидуальной программой реабилитации** инвалида (переселение с верхних этажей домов на нижние, приближение к месту жительства родных, близких и т.п.).

Приказ Минсоцзащиты населения РФ от 18 сентября 1996 года «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг».

- льготы по оплате жилья и коммунальных услуг предоставляются **любому инвалиду и не зависят от группы и причин инвалидности**.

8.3.6. Льготы в области культуры

Федеральным законом № 115-ФЗ от 23 июня 1999 года статья 12 «**Основ законодательства Российской Федерации о культуре**» дополнена частью второй: «**Лицам, не достигшим восемнадцати лет, гарантируется право бесплатного посещения музеев один раз в месяц**».

В соответствии с этим дополнением Правительства РФ Постановлением от 12 ноября 1999 года № 1242 установило порядок такого бесплатного посещения, согласно которому обеспечить работу музеев с бесплатным посещением один раз в месяц для лиц, не достигших восемнадцати лет, должны Министерство культуры РФ и органы исполнительной власти субъектов РФ, на которые возложено государственное регулирование в области культуры, а также учредители негосударственных музеев.

При этом день работы музея с бесплатным посещением для лиц, не достигших восемнадцати лет, должен быть определен органами управления музея и доведен до сведения посетителей, а информация об этом должна быть размещена в доступных для посетителей зонах музейных зданий и в средствах массовой информации.

Постановлением Администрации Ростовской области от 3 декабря 2004 года № 474 утвержден «**Порядоке бесплатного посещения музеев лицами, не достигшими восемнадцати лет**» и «**Порядок организации льготных киносеансов для детей и подростков**»

Согласно данному постановлению Право на ежемесячное бесплатное посещение музеев (за исключением коммерческих выставок) предоставляется лицам, не достигшим восемнадцати лет. Указанное право реализуется лицами, не достигшими восемнадцати лет, один раз в месяц.

Льготные киносеансы организуются для детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет с реализацией входного билета в размере 50 процентов от установленной организацией стоимости билета.

8.3.7. Льготы в области спорта

Федеральный закон № 80-ФЗ от 29 апреля 1999 года «**О физической культуре и спорте в Российской Федерации**».

Статьей 8 Закона спортивным клубам и коллективам физической культуры поручена организация физкультурно - оздоровительной работы с гражданами, в том числе с инвалидами.

Согласно статьи 14 Закона «С обучающимися в образовательных учреждениях, имеющими отклонения в физическом развитии, **занятия проводятся в рамках рекомендованной индивидуальной программы реабилитации**».

Физическое воспитание в организациях, по месту жительства, в том числе в сельских муниципальных образованиях, создание условий для занятий физической культурой граждан по месту жительства и в местах массового отдыха статья 16 Закона возлагает на органы местного самоуправления.

Особое значение для нас в Законе имеет статья 18 - «Организация физкультурно - оздоровительных и спортивных мероприятий с инвалидами».

1. Развитие физической культуры и спорта инвалидов направлено на повышение их двигательной активности и является неперенным и определяющим условием всесторонней реабилитации и социальной адаптации инвалидов.

2. Организация занятий физической культурой и спортом в системе непрерывной реабилитации инвалидов, в том числе детей с отклонениями в физическом развитии, медицинское обеспечение и врачебный контроль осуществляются образовательными учреждениями, учреждениями здравоохранения, учреждениями социальной защиты и организациями физической культуры и спорта.

Статьей 19 Закона органам здравоохранения всех уровней предписывается использовать физическую культуру как средство профилактики и лечения заболеваний; осуществлять врачебный контроль за лицами, занимающимися физической культурой и спортом, в том числе спортивно - оздоровительным туризмом; создавать центры и пункты оздоровления и реабилитации при помощи средств физической культуры и спорта, диагностико - консультационные пункты и кабинеты, врачебно - физкультурные диспансеры, обеспечивающие физкультурно - оздоровительную работу с гражданами, оснащать такие центры, пункты, кабинеты и диспансеры специальной аппаратурой и медицинским оборудованием.

Статья 23 Закона дает право бесплатно пользоваться государственными и муниципальными физкультурно - оздоровительными и спортивными сооружениями, медицинским обслуживанием, снаряжением и спортивной одеждой, а также жильем и питанием во время тренировочных занятий (сборов) и спортивных соревнований в составе сборных команд, если Вы представляете на спортивных соревнованиях физкультурно - спортивную организацию.

Статьей 33 Закона органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления разрешено регулировать цены за посещение спортивных соревнований, аренду спортивных сооружений, находящихся в их собственности, продажу абонементов гражданам на пользование такими сооружениями, разрешать проводить в региональных, муниципальных спортивных сооружениях занятия бесплатно или на льготных условиях для детей дошкольного возраста, детей малообеспеченных и многодетных семей, а также для обучающихся в образовательных учреждениях, пенсионеров, инвалидов.

Для жителей г. Ростова-на-Дону Мэр города 24 апреля 1997 года подписал Постановление № 699 «О функционировании подростковых клубов по месту жительства», в котором предусмотрел создание условий для удовлетворения потребностей детей и подростков в различных видах творческой деятельности, организации досуга, оздоровлении, развитии детских и молодежных социально значимых инициатив по месту жительства на базе подростковых клубов, в том числе и спортивных.

Согласно Областному закону № 263-ЗС «О физической культуре и спорте в Ростовской области» в целях интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физической культуры, физического воспитания и спорта орган исполнительной власти Ростовской области в сфере физической культуры и спорта совместно с физкультурно-спортивными организациями осуществляет:

- 1) информирование инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и членов их семей по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в Ростовской области;
- 2) организацию проведения физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- 3) содействие развитию в Ростовской области паралимпийского движения России, сурдлимпийского движения России, а также видов спорта, входящих в программу специальной олимпиады России;
- 4) организацию профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов областных предприятий и областных учреждений, осуществляющих деятельность в сфере физической культуры и спорта, по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта;
- 5) внедрение в деятельность физкультурно-спортивных организаций новых форм и методов работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья;
- 6) создание условий для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по беспрепятственному доступу к объектам спорта и их использованию;

7) иные мероприятия в сфере физической культуры и спорта, направленные на социальную адаптацию и физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

9. Оптимизация расходов на лечение сахарного диабета

Известно, что сахарный диабет — заболевание дорогостоящее. Оптимизировать расходы на лечение сахарного диабета можно, получив так называемый «социальный вычет» из уплаченного за год подоходного налога с суммы до 38000 руб. (т.е., вы имеете доходы, с которых официально платите подоходный налог, в первую очередь это — зарплата). Максимальная сумма социального вычета (т.е. возврата денег) — 4940 руб.

Перечни медицинских услуг и лекарств, по которым возможно получить «социальный вычет», утверждены постановлением Правительства №201 от 19.03.2001 г.

Вы можете частично возместить следующие расходы при лечении сахарного диабета и его осложнений за:

- медицинские услуги по диагностике и лечению при оказании скорой медицинской помощи; услуги по диагностике и лечению при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (в т.ч. в дневных стационарах); услуги врачей общей (семейной) практики; услуги по диагностике, профилактике, лечению и медицинской реабилитации при оказании стационарной медицинской помощи (в том числе в дневных стационарах), включая проведение медицинской экспертизы;

- санаторно-курортное лечение (в случае приобретения путевки за свой счет): диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию;

- приобретение за свой счет лекарственных средств при лечении сахарного диабета и его осложнений из специального Перечня лекарств, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 года № 201;

- дорогостоящие виды лечения (в числе прочих, исходя из возможных проблем больных сахарным диабетом):

- хирургическое лечение тяжелых форм болезней системы кровообращения, включая операции с использованием аппаратов искусственного кровообращения, лазерных технологий и коронарной ангиографии;

- хирургическое лечение тяжелых форм болезней и сочетанной патологии глаза и его придаточного аппарата, в том числе с использованием эндолазерных технологий;

- реплантацию, имплантацию протезов, металлических конструкций, электрокардиостимуляторов и электродов;

- комбинированное лечение болезней поджелудочной железы;

- комбинированное лечение осложненных форм сахарного диабета;

- комбинированное лечение тяжелых форм болезней и сочетанной патологии глаза и его придаточного аппарата.

При особо дорогой операции сумма «социального вычета» (компенсации) не ограничивается.

Для получения «социального вычета» в налоговой инспекции по месту жительства необходимо подготовить пакет документов.

Платное лечение и особо дорогие медицинские услуги.

- заявление в налоговый орган;

- декларация о доходах за год, в котором производились расходы на лечение;

- справка с основного места работы о полученных доходах и уплаченных налогах;

- копия платежного документа, подтверждающего оплату медицинских услуг;

- копия договора с медучреждением об оказании платных медицинских услуг;

- копия лицензии медучреждения на оказание медицинских услуг.

Приобретение лекарств за собственный счет:

- заявление в налоговый орган;

- декларация о доходах за год, в котором производились расходы на лекарства;

- справка с основного места работы о полученных доходах и уплаченных налогах;

- рецепты лечащего врача со штампом «Для налоговых органов»;

- первичные финансовые документы, подтверждающие приобретение лекарств (товарные, кассовые чеки).

При санаторно-курортном лечении за собственный счет:

- заявление в налоговый орган;
- декларация о доходах за год, в котором производились расходы на лечение;
- справка с основного места работы о полученных доходах и уплаченных налогах;
- первичные финансовые документы, подтверждающие оплату услуг санатория (товарный, кассовый чеки);
- справка из бухгалтерии санатория об оплате услуг санатория с указанием кода медицинских услуг.

Процедура получения «социального вычета».

Подача заявления в налоговый орган по месту жительства.

Предоставление в налоговую инспекцию по месту жительства пакета документов (см. выше).

Наличие личного счета в банке, куда будут перечислены деньги.

Документы на получение «социального вычета» в налоговую инспекцию можно предоставлять в любое время в течение трех лет.

Возможно получение «социального вычета» при лечении членов семьи (супруг, супруга, родители, дети); в этом случае в пакет документов для налоговой инспекции кладутся копии свидетельства о браке или рождении детей.

Трудности, которые могут возникнуть при получении первичной финансовой документации для подготовки пакета документов в налоговую инспекцию:

У лечащего врача может не оказаться специальных бланков со штампом «Для налоговой инспекции» (возможно, их и нет и у главврача лечебного учреждения – практика «социального вычета» пока не получила широкого распространения). Заранее поинтересуйтесь в налоговой инспекции по месту жительства, будут ли приняты к зачету рецепты со штампом лечебного учреждения.

В некоторых лечебных учреждениях Ростовской области, где оказываются платные медицинские услуги, при оплате этих услуг вам предложат заключить договор о дополнительном медицинском страховании со страховой медицинской компанией (стоимость полиса будет равна стоимости оказанных вам платных услуг). Такая форма оплаты для «социального вычета» не принимается. Вы вправе попросить, чтобы оплата медицинских услуг проводилась по договору об оказании платных медицинских услуг лечебным учреждением, что дает вам возможность получить принимаемые к зачету в налоговых органах документы – товарный и кассовый чеки.

10. Как и куда обращаться

10.1. Пять простых правил по защите своих прав

№ 1. Чтобы Ваши права были защищены, мало написать их на бумаге, очень важно Ваше желание и умение их защищать.

№ 2. Не обивайте свои больные ноги о пороги кабинетов чиновников, не портите нервы в пустых разговорах с ними, в том числе и по телефону.

№ 3. Решайте все вопросы в письменном виде, по почте заказным письмом с уведомлением.

№ 4. Храните все документы, переписку с ответчиком, почтовые квитанции, уведомления и т.д. до полного решения вопроса.

№ 5. Высылайте по запросу только копии документов.

В случае, если Вы все-таки пришли на прием к чиновнику, то для облегчения взаимопонимания с ним, прислушайтесь к следующим практическим советам:

1. Не волнуйтесь и чувствуйте себя ЧЕЛОВЕКОМ, таким же как он. Вы пришли НЕ ПРОСИТЬ, а узнать, почему не удовлетворяется Ваше право, предусмотренное Конституцией и законами. Проявите симпатию.

2. Для получения положительного решения по важному для Вас вопросу поставьте его на третье место, предварительно задав чиновнику короткие, простые вопросы, на которые он может без труда ответить.

3. Желая убедить чиновника в чем-либо, начинайте свой разговор с моментов, с которыми он согласен. Не загоняйте чиновника в угол. Дайте ему возможность «сохранить лицо».

4. Помните, что последний Ваш аргумент самый запоминающийся и он должен быть самым убедительным.

5. Всегда имейте при этом Конституцию РФ и закон «О социальной защите инвалидов в РФ».

10.2. Рекомендации по написанию заявления:

Не излагайте в своих заявлениях эмоции. Такие заявления никто не читает до конца. Читающему нужно увидеть факт нарушения, вот и напишите о таком факте – дата, время, кто, где, что, почему.

Не пишите длинные заявления. Их никто до конца не читает. Читающий ищет в заявлении одно - чего хочет заявитель.

Еще рекомендация: когда пишете одному адресату – например: «Прокурору ... района (города) ...», или «Начальнику управления (отдела) здравоохранения города (района)», **то ниже напишите** (отправлять не обязательно) **второго адресата, вышестоящего над первым**, например: «Копия: Прокурору ... области (республики, края)» или «Копия: Министру здравоохранения области (края, республики)».

Первый адресат увидит, что такое же заявление пошло его начальнику и явно будет контролироваться, то есть по этому заявлению нужно что-то делать.

10.3. Прокуратура на страже Закона

Многие недооценивают роль прокуратуры в борьбе за свои права, считают, что прокурор ничем помочь не может. Но этот путь более быстрый, чем судебный, и иногда достаточно эффективный.

Как руководители общественных организаций, так и сами инвалиды неоднократно обращались в прокуратуру по вопросам лекарственного обеспечения, на что получали ответы, что вопросы лекарственного обеспечения не входят в компетенцию прокуратуры. Такие ответы пишутся потому, что заявители пишут: «органы здравоохранения не выполняют Постановление Правительства РФ № 890» или «приказ Минздрава».

В заявлениях в прокуратуру или в суд не ссылайтесь ни на какие нормативные акты кроме Конституции и законов, так как прокуратура надзирает за исполнением законов.

Когда же Вы напишите, что вопреки требованиям ст. 41 Конституции РФ и ст. ... ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан администрация или органы здравоохранения города (района) не ... (и перечислите ее обязанности, перечисленные в Конституции и законе), то никакой прокурор не ответит, что в его обязанности не входит надзор за исполнением законов, а если по своей недальновидности или неграмотности и ответит, то это будет один из его последних ответов на этой должности. Когда они ежедневно не занимаются этими вопросами, то они их и не знают. Когда же Вы им укажете эти нормативные акты и о чем эти акты, то они их просто продублируют в своих представлениях органам власти и потребуют их исполнения.

В качестве примера, а также для тех прокуроров, которые Вам отвечают, что вопросы лекарственного (или санаторно-курортного, или другого льготного) обеспечения не входят в их компетенцию (а Вы им покажите этот пример или напишите о нем в своем заявлении) приведем выписку из представления Генеральной прокуратуры РФ и напомним:

«Надзор за исполнением законов Российской Федерации, соблюдением прав и свобод человека и гражданина в соответствии с Федеральным законом «О прокуратуре Российской Федерации» возложен на прокуратуру Российской Федерации».

ГЕНЕРАЛЬНАЯ ПРОКУРАТУРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1 февраля 2002 г. № 1-ГП-3-2002 ОБ ИСПОЛНЕНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ

Конвенцией ООН о правах ребенка, обязательства по выполнению которой взяла на себя Российская Федерация, закреплено право неполноценного ребенка на особую заботу и внимание к его нуждам со стороны государства: обеспечение ему доступа к услугам образования, права на пользование наиболее совершенными услугами си-

стемы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья, профессиональной подготовки и подготовки к трудовой деятельности.

С учетом исключительной важности данной проблемы Указом Президента Российской Федерации от 16.11.2001 № 1328 федеральной целевой программе «Дети - инвалиды» придан статус президентской.

Между тем результаты организованной Генеральной прокуратурой Российской Федерации проверки свидетельствуют о том, что законодательство о социальной защите детей - инвалидов выполняется неудовлетворительно.

В соответствии со ст. 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее - Закон) **основанием для реабилитации инвалида и предоставления ему предусмотренных законодательством льгот и гарантий является индивидуальная программа реабилитации.** Такие программы, однако, разрабатываются лишь в единичных случаях. Одновременно из-за отсутствия индивидуальных программ детям - инвалидам отказывают в предоставлении дорогостоящей медицинской помощи, бесплатных лекарств или компенсации расходов по их приобретению (например, в Кабардино - Балкарской Республике).

Особенно неблагоприятно складывается ситуация с обслуживанием детей - инвалидов, проживающих в сельской местности, где в основном функционируют фельдшерско - акушерские пункты и нет врачей необходимых профилей, что затрудняет своевременное установление детям инвалидности, их лечение и адаптацию.

Одной из причин создавшегося положения является то, что **Правительство Российской Федерации в нарушение требований ст. 10 Закона**, принятого в 1995 г., до настоящего времени не утвердило федеральную базовую программу реабилитации инвалидов и порядок ее реализации, которая должна содержать гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета. Вместе с тем представляется, что норма ст. 11 Закона, предусматривающая право инвалида на отказ от составления индивидуальной программы реабилитации, не должна распространяться на детей - инвалидов, наименее защищенных в силу своего возраста и социального положения. Кроме того, многие родители (законные представители) зачастую не знают о праве на составление таких программ и возможной реабилитации ребенка, а часть из них недобросовестно исполняет свои родительские обязанности.

Впреки требованиям законодательства медицинская помощь детям - инвалидам оказывается исключительно на платной основе в территориальных медицинских учреждениях (например, в Волгоградской области), лекарства бесплатно практически не отпускаются даже детям - инвалидам, больным сахарным диабетом.

Неудовлетворительно выполняются требования Закона о санаторно-курортном лечении детей-инвалидов.

Требования Закона о создании условий для обучения детей-инвалидов не выполняются в образовательных учреждениях Кабардино-Балкарской Республики Волгоградской области.

Во многих субъектах Российской Федерации не выполняются требования законодательства о предоставлении семьям, имеющим детей - инвалидов, льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и пользования телефоном.

Нормы Закона о льготном порядке предоставления жилья и улучшении жилищных условий семьям, имеющим детей - инвалидов, практически нигде не выполняются.

Несвоевременно производятся выплаты пособий гражданам, имеющим детей-инвалидов.

Принятые почти во всех субъектах Российской Федерации региональные программы защиты детей - инвалидов не выполняются в полном объеме из-за недостаточного финансирования. К примеру, мероприятия по обеспечению льготами детей - инвалидов в Ростовской области профинансированы только на 29,4%. Программа Астраханской области профинансирована на 71,6%, причем в рамках этой программы органы здравоохранения не финансируются на протяжении последних пяти лет».

Как видите, до всего есть дело прокуратуре. Как видите, законы, нужные нам, приняты, но не выполняются на местах. Как видите, в документе прокурора - везде ссылка на Закон.

Следует подчеркнуть, что не все принятые законы (особенно на уровне субъектов Российской Федерации) обеспечивают необходимую правовую поддержку эффективному развитию здравоохранения.

На региональном уровне пока остается недопонимание тех возможностей в части законодательного регулирования, которые предоставила субъектам Российской Федерации Конституция Российской Федерации. В настоящий момент в 33 субъектах Российской Федерации законодательные акты в области здравоохранения не были приняты, а в семи из них не разработаны даже проекты.

Поэтому не ждите, что кто-то постучит в Вашу дверь и принесет Вам льготы, деньги и блага.

Стучите в двери сами, добивайтесь положенных Вам льгот.

Кроме того, в 2006 году приняты **Федеральный Закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» № 59-ФЗ** и **Областной закон «Об обращениях граждан»**. По своему содержанию они одинаковы. В них говорится, что гражданин имеет право лично или через своего представителя:

- 1) запрашивать информацию о дате и номере регистрации обращения;
- 2) представлять дополнительные документы и материалы либо обращаться с просьбой об их истребовании;
- 3) 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;
- 4) получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов,
- 5) 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;
- 6) обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения;

Запрещается преследование гражданина в связи с его обращением в орган или к должностному лицу с критикой деятельности указанных органа или должностного лица либо в целях восстановления или защиты своих прав, свобод и законных интересов либо прав, свобод и законных интересов других лиц.

При рассмотрении обращения не допускается разглашение сведений, содержащихся в обращении, а также сведений, касающихся частной жизни гражданина, без его согласия. Не является разглашением сведений, содержащихся в обращении, направление письменного обращения в орган или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование органа, в который направляется письменное обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

Гражданин направляет письменное обращение непосредственно в тот орган или тому должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

Письменное обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех дней с момента поступления в орган или должностному лицу.

Письменное обращение, содержащее вопросы, решение которых не входит в компетенцию данного органа или должностного лица, направляется в течение семи дней со дня регистрации в соответствующий орган или соответствующему должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с уведомлением гражданина, направившего обращение, о переадресации обращения,

В случае если решение поставленных в письменном обращении вопросов относится к компетенции нескольких органов или должностных лиц, копии обращения в

течение семи дней со дня регистрации направляются в соответствующие органы или соответствующим должностным лицам.

Запрещается направлять жалобу на рассмотрение в орган или должностному лицу, решение или действие (бездействие) которых обжалуется.

При рассмотрении обращения орган или должностное лицо:

1) обеспечивают объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения, в случае необходимости - с участием гражданина, направившего обращение, его представителя, а также лица, решение или действие (бездействие) которого обжалуется;

2) запрашивают необходимые для рассмотрения обращения документы и материалы в других органах и у иных должностных лиц, за исключением судов, органов дознания и органов предварительного следствия;

3) принимают меры, направленные на восстановление или защиту нарушенных прав, свобод и законных интересов гражданина;

4) дают письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов,

5) уведомляют гражданина о направлении его обращения на рассмотрение в другой орган или иному должностному лицу в соответствии с их компетенцией.

В случае если в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, и почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается. Если в указанном обращении содержатся сведения о подготавливаемом, совершаемом или совершенном противоправном деянии, а также о лице, его подготавливающем, совершающем или совершившем, обращение подлежит направлению в государственный орган в соответствии с его компетенцией.

Обращение, в котором обжалуется судебное решение, возвращается гражданину, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

Орган или должностное лицо при получении письменного обращения, в котором содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица, а также членов его семьи, вправе оставить обращение без ответа по существу поставленных в нем вопросов и сообщить гражданину, направившему обращение, о недопустимости злоупотребления правом.

В случае если текст обращения не поддается прочтению, ответ на обращение не дается и оно не подлежит направлению на рассмотрение в орган или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, о чем сообщается гражданину, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению.

В случае если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему многократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, руководитель органа, 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 орган или одному и тому же должностному лицу. О данном решении уведомляется гражданин, направивший обращение.

Письменное обращение, поступившее в орган или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

Личный прием граждан в органах проводится их руководителями и уполномоченными на то лицами в порядке, установленном федеральным законом.

Так же в области принят **Областной закон «Об Уполномоченном по правам человека в Ростовской области» № 643-ЗС**. Согласно этому закону Задачами деятельности Уполномоченного по правам человека являются:

1) обеспечение гарантий государственной защиты прав и свобод человека и гражданина;

2) содействие восстановлению нарушенных прав и свобод человека и гражданина;

3) содействие совершенствованию законов и иных нормативных правовых актов в сфере защиты прав и свобод человека и гражданина;

4) правовое просвещение и разъяснение гражданам их прав и свобод, форм и методов их защиты;

5) развитие межрегионального и международного сотрудничества в сфере защиты прав и свобод человека и гражданина.

10.4. Защита прав в суде

Прямо право на судебную защиту по рассмотренным нами вопросам устанавливает статья 32 закона «**О социальной защите инвалидов в РФ**» - Ответственность за нарушение прав инвалидов. Рассмотрение споров.

«Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, рассматриваются в судебном порядке».

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан дают нам то же право: Статья 69. Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

Данная статья имеет тесную связь со **ст. 53 Конституции РФ** (каждый имеет право на возмещение государством вреда, причиненного незаконными действиями (или бездействием) органов государственной власти и должностных лиц) и ч. 2 ст. 46 Конституции РФ (решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц могут быть обжалованы в суд).

При применении комментируемой статьи Основ следует руководствоваться нормами Закона Российской Федерации от 27 апреля 1993 г. № 4866-1 «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан».

Итак, решение принято – обращаемся в суд!

Как правильно составить жалобу или исковое заявление? А что может сделать суд? Разделит ли он наше мнение по жалобе? Если то, чего мы хотим добиться, предусмотрено Конституцией РФ или Законом, суд защитит наше право.

Об этом свидетельствует Определение Конституционного Суда РФ от 6 июня 2002 года № 115-О: «2. Согласно Конституции Российской Федерации в Российской Федерации, являющейся социальным государством, охраняются труд и **здоровье** людей (статья 7); **каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь; медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений (статья 41, часть 1).

Здоровье человека - высшее неотчуждаемое благо, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности. Провозглашая право на охрану здоровья и медицинскую помощь одним из основных конституционных прав, **государство обязано** осуществлять комплекс мер по сохранению и укреплению здоровья населения, в том числе посредством развития государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, установления правовых гарантий получения каждым необходимой медико-социальной помощи».

При этом Суд указывает, что законодательная и исполнительная ветви государственной власти не могут ограничиться лишь провозглашением права на охрану здоровья, в том числе и в части права на платную медицинскую помощь как составную часть права на охрану здоровья. Конституционно значимой обязанностью данных органов (тем, за что государство отвечает) является осуществление ими реальных мер (то есть не только юридических, но и фактических действий) по сохранению и укреплению здоровья населения, в частности посредством: (1) развития частной системы здравоохранения, (2) установления правовых гарантий получения каждым необходимой ему платной медицинской помощи.

Эта правовая позиция полностью корреспондирует правовой позиции Европейского Суда по правам человека, указавшего на то, что правовые нормы должны «...толковаться так, чтобы гарантировать конкретные и реальные, а не иллюзорные и теоретические права...».

То, что простой человек может добиться в суде даже изменения противоречащего Закону Постановления Правительства РФ, подтверждается Решением Верховного Суда РФ от 26 ноября 2003 года № ГКПИ 03-655:

«рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по заявлению Дрибинского Б.Л. и Пимонова Е.С. о признании частично недействующим абзаца 2 пункта 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 8 апреля 1999 г. № 393 «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами», установил:

оспариваемое положение нормативного правового акта противоречит Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и лишает заявителей права на льготное обеспечение лекарственными средствами, поскольку не допускает возможности выписки льготных рецептов лечащим врачом частного учреждения здравоохранения. Кроме того, возможность выписки лечащим врачом льготных рецептов неправомерно ограничивается местом постоянного проживания граждан или местом их прикрепления для медицинского обслуживания.

Руководствуясь ст.ст. 194-199, 253 ГК РФ, Верховный Суд Российской Федерации решил: заявление Дрибинского Б.Л. и Пимонова Е.С. удовлетворить частично.

Признать не действующим со дня вступления решения суда в законную силу абзац 2 пункта 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 8 апреля 1999 г. № 393 «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами» в части, препятствующей лечащему врачу частной системы здравоохранения выписывать льготным категориям граждан при амбулаторном лечении рецепты на бесплатное обеспечение лекарственными средствами или на 50-процентную скидку в их оплате».

Важные разъяснения по поводу производства медико-социальных экспертиз при установлении инвалидности дал Верховный Суд РФ в своем решении от 21 ноября 2002 года № 2002-1215 по заявлению гражданина Лукьянова В.И. о признании незаконным Постановления Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965 «О порядке признания граждан инвалидами» в части, предусматривающей, что учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы имеют право направлять лиц, проходящих медико-социальную экспертизу, с целью уточнения их клинико-функционального диагноза в лечебные учреждения:

«Оспариваемая заявителем норма о праве учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы направлять лиц, проходящих медико-социальную экспертизу, на обследование с целью уточнения их клинико-функционального диагноза и профессиональных возможностей в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, реабилитационные и другие государственные и муниципальные учреждения, осуществляющие деятельность в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, предусмотрена пунктом 18 Примерного положения об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации определяет Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

В соответствии со ст. 1 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» инвалидом признается 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.

Таким образом, исходя из требований Закона, само по себе заболевание, если оно не сопровождается стойким расстройством функций организма, не ведет к ограничением жизнедеятельности и не требует мер социальной защиты, не является условием, достаточным для установления инвалидности.

Законом функция определения инвалидности возложена на Государственную службу медико-социальной экспертизы, входящую в систему (структуру) органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации. Порядок организации и деятельности Государственной службы медико-социальной экспертизы определяется Правительством Российской Федерации.

Из объяснений представителя Правительства РФ Шароновой В.Н. в суде следует, что учреждения медико-социальной экспертизы не занимаются диагностированием того или иного заболевания. В этой связи п. 17 Положения о признании лица инвалидом предусмотрено, что в случаях, требующих применения сложных видов экспертно-реабилитационной диагностики, специальных методов обследования, тестирования, а также получения дополнительных сведений, составляется программа дополнительно-го освидетельствования, которая утверждается руководителем и доводится до сведения заявителя в доступной для него форме.

Программа дополнительного освидетельствования может предусматривать проведение дополнительного обследования в лечебно-профилактическом, реабилитационном или другом учреждении, получение заключения главного бюро медико-социальной экспертизы, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения лица и другие меры.

Пунктом 18 Примерного положения об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы предусмотрено, что учреждения для осуществления своих полномочий имеют право направлять лиц, проходящих медико-социальную экспертизу, на обследование с целью уточнения их клинико-функционального диагноза и профессиональных возможностей в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения».

Факты, когда прокуроры защищали в судах права инвалидов, также подтверждают, что если не сидеть сложа руки, а добиваться положенных льгот, то обязательно окажется прав.

Например, прокурор Архангельской области обратился в Архангельский областной суд с заявлением о признании незаконными п. п. 1 и 2 постановления администрации Архангельской области от 25 июня 2001 г. «Об утверждении списка льготного отпуска лекарственных средств», ссылаясь на их противоречие федеральному законодательству.

Решением суда от 20 ноября 2001 г. заявление прокурора удовлетворено.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ не нашла оснований для отмены решения суда, признав его правильным.

В соответствии с ч. 3 ст. 15 Конституции РФ любые нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения.

Судом установлено, что оспариваемое прокурором постановление администрации Архангельской области, являясь нормативным правовым актом органа государственной власти Архангельской области по вопросу защиты прав и свобод человека и гражданина, официально для всеобщего сведения не опубликовано. В связи с этим суд сделал правильный вывод о том, что оспариваемые прокурором положения названного постановления администрации области не могут влечь правовых последствий и являются недействительными.

Кроме того, в соответствии со ст. ст. 5 и 7 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан **к ведению Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан относится установление льгот отдельным группам населения в лекарственном обеспечении. К ведению областей РФ отнесено установление дополнительных льгот в таком обеспечении.**

Установив, что в утвержденный постановлением администрации области Список льготного отпуска лекарственных средств не включен ряд лекарственных средств, содержащихся в федеральных нормативных правовых актах, а условия выписывания льготных рецептов ограничены по сравнению с п. 2 Постановления Правительства РФ «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами», суд правильно указал и на то, что эти положения противоречат федеральному закону.

Доводы администрации области о том, что взамен не вошедших в Список лекарственных средств включены новые, более эффективные, правильно оценены судом как необоснованные, поскольку право изменять установленный федеральным законодательством перечень лекарственных средств, отпускаемых населению на льготных условиях, области, в силу положений Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, не предоставлено.

Ссылка в жалобе на то, что разд. III Инструкции «О порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них» (утверждена приказом Минздрава РФ от 23 августа 1999 г. № 328) выписывания льготных рецептов в отдельных случаях, связанных с необходимостью предоставления срочной медицинской помощи, не содержит, следовательно, субъект Федерации вправе в соответствии с п. 3.12 Инструкции определять порядок выписывания таких рецептов в случаях, не оговоренных в Инструкции, является несостоятельной.

Согласно ст. 44 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан порядок обеспечения граждан лекарственными средствами на льготных условиях устанавливается Правительством РФ.

Выписывание льготных рецептов в отдельных случаях, связанных с необходимостью предоставления срочной медицинской помощи, предусмотрено в п. 2 Постановления Правительства РФ от 8 апреля 1993 г. № 393 «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами».

В связи с этим ограничение субъектом Федерации прав граждан на льготное обеспечение лекарственными средствами, установленных нормативными правовыми актами РФ, является неправомерным.

Учитывая изложенное, судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ решение Архангельского областного суда оставила без изменения, а кассационную жалобу администрации области - без удовлетворения.

Почти во всех случаях отказов органов власти инвалидам по вопросам лекарственного обеспечения причиной этих отказов они выставляют отсутствие финансирования.

На такие случаи тоже есть решение суда, а значит, обратиться Вы в суд после отказа обеспечить Вас лекарством по причине недофинансирования, суд вынесет вот такое решение:

«Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 20 января 1998 г. (Извлечение)

В постановлении главы администрации Хабаровского края № 476 от 18 октября 1996 г. «О неотложных мерах по обеспечению режима экономии в процессе исполнения краевого бюджета и бюджета края во втором полугодии 1996 г.» (в п. 10) утвержден Перечень основных лекарственных средств, назначаемых больным на льготных условиях при амбулаторном лечении, а в п. 1.1.7 Порядка осуществления мер социальной защиты пожилых граждан, инвалидов, малообеспеченных людей с детьми в 1997 году на территории Хабаровского края (далее - Порядок), утвержденного постановлением главы администрации Хабаровского края № 180 от 25 апреля 1997 г., предусмотрено, что Перечень лекарств, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно или на льготных условиях, ежегодно утверждается главой администрации края.

Прокурор Хабаровского края обратился в суд с заявлением о признании недействительными п. 10 постановления от 18 октября 1996 г. и п. 1.1.7 Порядка, сославшись на то, что Перечень лекарственных средств, утвержденный постановлением главы администрации края, и порядок его утверждения ущемляют права групп населения в части предоставления им бесплатно или на льготных условиях всех лекарственных средств,

ставя в зависимость реализацию права на льготное приобретение лекарств не от наличия у гражданина заболевания, относящегося к определенной группе и категории, а от вида назначенного ему лекарственного средства.

Представитель администрации края возражал против заявления прокурора и пояснил, что Перечень не отменяет льготы, предусмотренные законом, а только определяет их минимальный уровень, эта мера - вынужденная и связана с дефицитом денежных средств.

Судебная коллегия по гражданским делам Хабаровского краевого суда заявление прокурора края удовлетворила.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда РФ 20 января 1998 г. решение суда оставила без изменения по следующим основаниям.

В соответствии с п. «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции Российской Федерации вопросы координации здравоохранения, социальной защиты, включая социальное обеспечение, находятся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

В силу ст. 76 Конституции Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации издаются федеральные законы и принимаемые в соответствии с ними законы и иные нормативные акты субъектов Российской Федерации. ***Законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут противоречить федеральным законам***, принятым в соответствии с частями первой и второй названной статьи. В случае противоречия между федеральным законом и иным актом, изданным в Российской Федерации, действует федеральный закон.

Согласно п. 15 ч. 1 ст. 5 Основ законодательства Российской Федерации от 22 июля 1993 г. «Об охране здоровья граждан» к ведению Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан относится установление льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» утверждены Перечни групп населения и категории заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой со свободных цен.

Поскольку названными постановлениями главы администрации Хабаровского края ограничены права групп населения в части предоставления им бесплатно или с 50-процентной скидкой всех лекарственных средств, суд обоснованно, в соответствии с федеральным законодательством, принятым в пределах компетенции, признал в этой части **постановления главы администрации края недействительными.**

Ссылка в жалобе на то, что в бюджете края имеется дефицит денежных средств, не может служить основанием к отмене решения суда, поскольку, как установлено судом, оспариваемые пункты постановлений главы администрации ущемляют права льготных категорий граждан на отпуск лекарственных средств, предусмотренных федеральным законодательством.

Несостоятельна также ссылка в жалобе на приказ начальника управления здравоохранения края от 14 марта 1997 г., так как он носит разрешительный характер отпуска лекарств по усмотрению врача лечебно-профилактического учреждения. При этом необходимо иметь в виду, что **приказ по управлению здравоохранения не может отменить или расширить Перечень лекарственных средств, назначаемых больным**, утвержденный постановлением главы администрации края.

При таких обстоятельствах решение судебной коллегии по гражданским делам Хабаровского краевого суда оставлено без изменения, кассационная жалоба администрации Хабаровского края - без удовлетворения».

Как видите, даже Администрация края бывает бессильна против суда.

Есть примеры самостоятельной успешной защиты своих прав и в нашем регионе.

Ростовчанин Л.А. Власов – диабетик с 20-летним стажем, инвалид 2 группы с мая 1993 года, столкнувшись с трудностями в получении лекарств для лечения, вооружил

себя региональными и федеральными документами, касающимися инвалидов и диабетиков.

Опираясь на статью 41 Конституции РФ, согласно которой каждый имеет право на охрану здоровья и медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно, руководствуясь Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 года № 890, он доказал медикам, что **больные сахарным диабетом всеми лекарственными средствами обеспечиваются бесплатно.**

И сейчас он не знает проблем с лекарственным обеспечением, а кто-то продолжает покупать себе лекарства.

В федеральном суде одного из районов города Ростова-на-Дону находятся на рассмотрении несколько исковых заявлений, в которых инвалиды обжалуют как действия и решения органов здравоохранения города и области, так и бездействие органов местного самоуправления.

Так, гражданка П. — инвалид 2 группы, проживающая на 5 этаже в доме без лифта, не добившись от администрации района положительного решения вопроса, просит суд обязать администрацию обменять ей равноценную квартиру на 1 этаж; гражданка Д. не согласна с решением КЭК и просит признать его недействительным.

Гражданка З. — инвалид 2 группы, больная сахарным диабетом, обратилась в суд за защитой ее нарушенного права на жизнь, лечение и лекарственное обеспечение.

Так, по медицинским показаниям ей было назначено лекарство «Ново-норм», но его заказали в недостаточном количестве и ей стали выдавать другое лекарство, от которого состояние здоровья резко ухудшилось. Она сама вынуждена была приобретать необходимое лекарство за свой счет. Неоднократно обращалась в органы здравоохранения, но получала отказ в выдаче «Ново-Норма» и предложения о замене лекарства, несмотря на то, что оно ухудшает ее состояние.

Гр. З. просит суд признать отказ органов здравоохранения обеспечивать ее необходимым лекарством необоснованным, обязать их обеспечить ей возможность получать необходимое лекарство в соответствии с законом.

То есть, опять мы видим — кто не ждет милостей, а борется за свои права, тот получает желаемое.

Одним из самых важных законов, регулирующих порядок судебной защиты Ваших прав, является **Федеральный закон «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан»** от 27.4.93 № 4866-1.

Основные его положения необходимо знать каждому, поэтому ниже они приводятся:

Статья 1. Право на обращение с жалобой в суд

Каждый гражданин вправе обратиться с жалобой в суд, если считает, что неправомерными действиями (решениями) государственных органов, органов местного самоуправления, учреждений, предприятий ... или должностных лиц, государственных служащих нарушены его права и свободы.

Ответственность государственного служащего наступает в связи с его обязанностью признавать, соблюдать и защищать права и свободы человека и гражданина ...

Статья 2. Действия (решения), которые могут быть обжалованы в суд

К действиям (решениям) ..., которые могут быть обжалованы в суд, относятся коллегияльные и единоличные действия (решения), в том числе представление официальной информации, в результате которых:

- нарушены права и свободы гражданина;
- созданы препятствия осуществлению гражданином его прав и свобод...

Граждане вправе обжаловать также бездействие указанных ... органов, ... должностных лиц, государственных служащих, если оно повлекло за собой последствия, перечисленные в той же части статьи.

Каждый гражданин имеет право получить, а должностные лица, государственные служащие обязаны ему предоставить возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы ...

(Обращаться за получением информации рекомендуется в письменном виде с возможностью объективно зафиксировать факт обращения — вручение под роспись, отсылка заказным или ценным письмом с уведомлением о вручении, отсылка запроса телеграммой.)

Гражданин вправе обжаловать как вышеназванные действия (решения), так и послужившую основанием для совершения действий (принятия решений) информацию либо то и другое одновременно.

Статья 4. Подача жалобы

Гражданин вправе обратиться с жалобой на действия (решения), нарушающие его права и свободы, либо непосредственно в суд, либо к вышестоящему в порядке подчиненности государственному органу, органу местного самоуправления, учреждению, ... должностному лицу, государственному служащему.

(При так называемом «двойном подчинении», например Минздрав области подчинен Администрации области и Минздраву России, можно направлять жалобы в любой из этих органов или в оба одновременно.)

Вышестоящие в порядке подчиненности ... обязаны рассмотреть жалобу в месячный срок.

Жалоба подается по усмотрению гражданина либо в суд по месту его жительства, либо в суд по месту нахождения органа, ... должностного лица...

Статья 6. Порядок рассмотрения жалобы

... На государственные органы, органы местного самоуправления, учреждения, ... на должностных лиц, государственных служащих, действия (решения) которых обжалуются гражданином, возлагается процессуальная **обязанность документально доказать законность обжалуемых действий (решений)**; гражданин освобождается от обязанности доказывать незаконность обжалуемых действий (решений), но обязан доказать факт нарушения своих прав и свобод.

Суд при вынесении решения ориентируется только на закон. В процессе судебного рассмотрения дела ему приходится анализировать источники самого разного уровня: от международных актов и законов до приказов и распоряжений соответствующих органов исполнительной власти. Только суд имеет полное право сделать вывод о соответствии или несоответствии решения органа, осуществляющего медицинское обеспечение, букве и духу закона. Исключительно суду сегодня предоставлена возможность восполнять пробелы в законодательстве. И именно суд является той ветвью власти, благодаря которой реализация прав граждан в области здравоохранения будет успешной.

В случае же удовлетворения жалобы или иска, поданного получателем льгот, должно быть полностью восстановлено право на льготу. Как уже отмечалось, право на здоровье - это неотъемлемое право каждого человека. Таким образом, в тех случаях, когда по вине государственных органов имеет место нарушение этого права, должен быть полностью компенсирован ущерб, как имущественный, так и моральный, связанный с отсутствием материальной помощи.

Совет: При написании заявления или жалобы в любой орган используйте цитаты и выражения из приведенных выше судебных решений, а иногда и ссылайтесь на них.

Это покажет читающему Вашу грамотность и подготовленность, подчеркнет, что по такому вопросу уже есть судебное решение и в случае Вашего обращения в суд Вы окажетесь правы. Это заставит его подумать, прежде чем принимать решение.

Адрес: _____

Организация: _____

(название государственного органа местного самоуправления, учреждения, или Ф.И.О. должностного лица, чьи действия (решения) обжалуются)

Адрес: _____

ЖАЛОБА

на действия (решения) государственного органа, органа местного самоуправления, учреждения, или должностного лица _____

(Указать, какие действия (решения) обжалуются, какие конкретно права и

свободы гражданина нарушены этими действиями (решениями),

какие созданы препятствия осуществлению гражданином его прав и свобод,

(сведения о подаче аналогичной жалобы в вышестоящий в порядке

подчиненности орган или должностному лицу,

характер полученного ответа, если таковой имеется)

В соответствии с _____,

ПРОШУ:

признать _____
(обжалуемое действие (решение) незаконным, обязать

удовлетворить требования, в которых отказано)

Приложение:

1. Копия ответа из вышестоящего в порядке подчиненности органа или от должностного лица (в случае, если заявитель обращался за защитой своих прав).

2. Другие доказательства, подтверждающие права и свободы гражданина, нарушенные неправомерными действиями (решениями) органов, должностных лиц (копия постановления).

3. Другие документы, подтверждающие факт незаконного возложения на гражданина какой - либо обязанности,

4. Платежное поручение об уплате госпошлины.

Если какие - либо документы у заявителя отсутствуют, они могут быть в случае необходимости истребованы судом.

Подача жалобы оплачивается государственной пошлиной в установленном размере. Суд может освободить гражданина от уплаты пошлины или уменьшить ее размер.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись)

И запомните, если вы проиграли в районном или областном суде, не отчаивайтесь, обращайтесь в Верховный Суд. Но самое главное это ПРАВИЛЬНО составить исковое заявление. Очень часто люди проигрывают в судах из-за того, что в заявлении не правильно поставлены требования. Никто не будет разбираться в том, что вы имели в виду и что хотите на самом деле.

В исковом заявлении или в жалобе обязательно должны быть 2 позиции:

— факт нарушения ваших прав (конкретное действие или бездействие должностного лица, либо принятый документ)

— какие конкретно права вы в связи с этим потеряли.

По возможности обязательно консультируйтесь с юристом.

10.5. Антикоррупционные мероприятия в системе здравоохранения

29 июня 2009 г. министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т. Голиковой с целью начать серьезную борьбу с «незаконным взиманием денежных средств» с пациентов врачами и средним медперсоналом, то есть с «карманными платежами» подписан приказ № 377 «О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи».

Согласно приказу, все жалобы граждан, поступающие в Минздравсоцразвития России, Росздравнадзор, Фонд обязательного медицинского страхования, будут анализироваться и направляться для проверок. В свою очередь, каждая поликлиника и больница будет обязана разместить на видном месте перечень бесплатных услуг, чтобы каждый пациент имел четкое представление, на какую помощь он вправе рассчитывать бесплатно, а за что ему придется заплатить. Качественные бесплатные услуги, как и положено по закону, оказываются в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС).

В приказе, в частности, предусмотрено следующее:

«1. Установить, что если в личном или письменном обращении граждан в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации содержится информация о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в том числе

- о незаконном взимании врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – программа),

- о незаконном взимании денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной программой,

- о взимании денежных средств за предоставление платных медицинских услуг, не предусмотренных программой, на осуществление которых у медицинской организации не имеется специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением,

- о незаконном взимании денежных средств за выдачу справок, направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств и др.,

Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения, Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения, Департамент высокотехнологичной медицинской помощи, Департамент развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках своей компетенции в 3-дневный срок со дня поступления соответствующей информации готовит проект поручения заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития проверить поступившую от граждан информацию о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

2. Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в недельный срок проверять информацию, указанную в пункте 1 настоящего Приказа, информировать о результатах проверки Министерство, при необходимости в рамках возложенных на Службу полномочий принимать меры по устранению выявленных нарушений гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и предотвращению их совершения, а также при наличии в действующих проверяемых лиц признаков правонарушений, предусмотренных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, либо преступлений, предусмотренных Уголовным кодексом Российской Федерации, незамедлительно информировать об этом соответствующие правоохранительные органы.

3. Департамент, ответственный за рассмотрение информации, указанной в пункте 1 настоящего Приказа, с учетом представленной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития информации при необходимости вносит Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложение о привлечении к ответственности руководителей федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, допустивших нарушения гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, либо готовит проект письма в адрес иного органа управления здравоохранением, в чьем ведении находится соответствующее медицинское учреждение, допустившее указанные нарушения, с просьбой о принятии соответствующих мер ответственности».

Контроль за исполнением приказа министр оставляет за собой

Как сообщает пресс-служба Минздрава Ростовской области (www.donland.ru), в соответствии с данным приказом, а также Планом противодействия коррупции в органах государственной власти Ростовской области, утвержденным Главой Администрации (Губернатором) Ростовской области В.Ф. Чубом 18.09.2008 г., в министерстве здравоохранения области также разработан план мероприятий противодействия коррупции.

«В рамках данного плана осуществляется антикоррупционный мониторинг соблюдения требований к служебному поведению государственных гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов.

Министерством здрав-оохранения Ростовской области принято решение размещать информацию на официальной странице министерства в Интернете о фактах «мздоимства» в здравоохранении, тесно сотрудничать с ГУВД по Ростовской области при проведении внутриведомственных проверок в лечебных учреждениях. Функционируют телефоны «горячих линий» по вопросам оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения.

В целях предупреждения коррупции также усилен контроль за целевым и эффективным использованием бюджетных средств».

11. Ответы на часто задаваемые вопросы

Какими правами обладает пациент?

Это определено статьей 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г. №5487-1):

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

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

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

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

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

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

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

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

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

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

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

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

Данный перечень прав дополняется положениями ст. 6 Закона РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Согласно этой статье граждане Российской Федерации имеют право на:

1) обязательное и добровольное медицинское страхование;

2) выбор медицинской страховой организации;

3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

4) получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;

5) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

6) предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

Существует ряд специальных законов, которые предусматривают права граждан при оказании специализированных видов помощи. На сегодняшний день это Законы:

- «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г.;
- «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22 декабря 1992г.;
- «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией» от 30 марта 1995 г.;
- «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г.;
- «О лекарственных средствах» от 22 июня 1998 г.;
- «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998г.

Кто может защищать права пациента?

Субъектами системы обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации являются:

орган законодательной власти субъектов РФ, орган исполнительной власти субъектов РФ, страхователи, территориальный фонд ОМС, страховые медицинские организации и их ассоциации, орган управления здравоохранением, профессиональные медицинские ассоциации, лицензионно-аккредитационная комиссия, лечебно-профилактические учреждения, прокуратура, антимонопольный комитет, уполномоченный по правам человека, профсоюзные органы, общество защиты прав потребителей, средства массовой информации, граждане, третейские суды, арбитражные суды, суды общей юрисдикции.

Должен ли врач информировать пациента о его правах?

В соответствии с требованиями части 9 статьи 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» лечащий врач обязан проинформировать пациента о его правах. Если он этого не делает, то дать такую информацию пациенту обязан заведующий отделением или заместитель главного врача по лечебной работе. Кроме того, сведения о правах пациентов и застрахованных в рамках ОМС должны быть в обязательном порядке размещены во всех лечебных учреждениях.

Какие документы должен предъявить в лечебном учреждении гражданин для того, чтобы ему оказали медицинскую помощь?

Пациент должен представить лишь документ, удостоверяющий личность гражданина, и страховой медицинский полис. Никаких других документов (в том числе копии паспорта, страхового медицинского полиса и свидетельства о регистрации по месту пребывания) пациенты представлять не обязаны.

Полис обязательного медицинского страхования – документ, подтверждающий право застрахованного по ОМС гражданина на получение бесплатной медицинской помощи в объеме действующих программ ОМС на всей территории Российской Федерации. Данное право закреплено Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым полис ОМС имеет силу на всей территории РФ. Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории обращения, неправомерен.

Полисы ОМС выдаются бесплатно:

- гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим место жительства в населенном пункте, где оказывается медпомощь;
- не имеющим места жительства в населенном пункте, где оказывается медпомощь, гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства, работающим на предприятиях данного населенного пункта на основании соответствующих договоров.

Полис ОМС удостоверяет, что оплату оказанной пациенту медицинской помощи производит страховая компания, выдавшая полис.

Полис ОМС подлежит обязательной сдаче в страховую медицинскую организацию и обмену при перемене места работы, при увольнении с работы или уходе на пенсию с прекращением трудовой деятельности, при перемене места жительства, перемене имени и фамилии, при окончании срока действия полиса, если он не продлен.

В случае утраты страхового медицинского полиса застрахованный обязан лично или через представителя страхователя (работодателя или администратцию) известить об этом СМО в письменном или устном виде с указанием обстоятельств утраты полиса. Страховщик (СМО) обязан обеспечить застрахованного дубликатом полиса.

Утраченный полис считается недействительным, о чем сообщается заинтересованным медицинским учреждениям и территориальному фонду ОМС.

Права граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи в первую очередь определены Законом Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1:

- выбор медицинского учреждения и врача по согласованию с администрацией лечебного учреждения;
- получение бесплатной медицинской помощи, соответствующей по объему и качеству Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- бесплатное обеспечение лекарственными средствами при оказании скорой медицинской и стационарной помощи (дневные стационары и стационары круглосуточного наблюдения) в соответствии с Перечнем жизненно-необходимых и важнейших лекарственных средств (утверждается в субъектах Российской Федерации);
- получение бесплатной стоматологической помощи в полном объеме препаратами и материалами в соответствии с утвержденным перечнем;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеваниями и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- получение информации о своих правах и обязанностях;
- получение доступной информации о состоянии своего здоровья;
- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при обследовании и лечении;
- согласие или отказ от медицинского вмешательства;
- допуск адвоката или иного законного представителя для защиты своих прав;
- 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.

Если права гражданина при обращении за медицинской помощью по ОМС нарушены, он может обратиться:

- к руководителю или иному должностному лицу учреждения здравоохранения;
- в орган управления здравоохранением муниципального образования или субъекта Российской Федерации;
- в страховую медицинскую организацию, выдавшую ему страховой медицинский полис ОМС;
- в территориальный фонд ОМС, имеющий в своей структуре подразделение или сотрудников, занимающихся защитой прав граждан в системе ОМС;
- в Федеральный фонд ОМС в Отдел организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС;
- в городскую арбитражную экспертную комиссию, если претензии пациента не рассматривались СМО;
- в суд.

В случае возникновения конфликтной ситуации для защиты прав пациента при получении медицинской помощи за пределами постоянного места жительства (пределами страхования), если обращение к руководству учреждения здравоохранения не принесло результата, следует обратиться:

- в территориальный орган управления здравоохранением, который отвечает за работу лечебно-профилактических учреждений;
- в страховую медицинскую организацию (филиал), выдавшую Вам страховой медицинский полис ОМС (ответственность СМО определена ст. 15 Закона), в том случае, если филиал есть в этом городе,
- в территориальный фонд ОМС, который может связаться с ТФОМС по месту постоянного проживания, о чем говорилось ранее.

При обращении за медицинскими услугами застрахованные граждане обязаны предъявить страховой полис и документ, удостоверяющий личность.

Однако, в соответствии с действующим законодательством даже в том случае, если у застрахованного, находящегося за пределами его постоянного места жительства, с собой нет полиса ОМС, а есть только паспорт, он имеет право получить медицинскую помощь в другом городе.

В ситуации, связанной с необходимостью получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить страховой медицинский полис, гражданин указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию или обращается за подтверждением в ТФОМС, которые обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования и обеспечить застрахованного страховым полисом обязательного медицинского страхования.

В 2007 году в территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС), их филиалы и страховые медицинские организации (СМО) 6 905 371 обращений граждан, из них количество обращений по поводу нарушения прав и законных интересов 115 930 или 1,7% от общего числа обращений

Является ли сахарный диабет I и II типа основанием для получения инвалидности?

Это зависит от тяжести течения заболевания и наличия осложнений.

Решение о признании инвалидности принимается на основании медико-социальной экспертизы.

Направление в бюро медико-социальной экспертизы дает лечащий врач, однако оно должно быть выдано и по настоянию пациента (что указывается в направлении).

В случае несогласия с заключением медико-социальной экспертизы вы можете обратиться в вышестоящее Бюро.

Заключение медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем.

Можно ли компенсировать затраты на приобретение лекарств за собственный счет, если необходимого лекарства по бесплатному рецепту в аптеке не было?

Такая практика не распространена, хотя по законодательству это возможно при соблюдении множества формальностей (например, согласования со страховщиком).

Возможна компенсация затраченных средств, если вы купили лекарства по рецепту со штампом «Для налоговых органов», что в дальнейшем позволит вам оформить пакет документов для социального вычета в налоговой инспекции.

Если в аптеке по бесплатному рецепту нет нужного лекарства, могут ли его заменить другим?

В настоящее время в бесплатных рецептах пишут международное непатентованное название, которое, по сути, является названием действующего вещества. Фармакологические фирмы выпускают препараты под собственными торговыми марками. Например, многим диабетикам сегодня выдается бесплатный рецепт на препарат из группы бигуанидов, которые увеличивают периферическую утилизацию глюкозы тканями. Наиболее распространен среди препаратов этой группы Сиофор, международное непатентованное название которого – Метформин.

Метформин являются и другие лекарственные средства с фирменными названиями различных изготовителей: веро-метформин, глиминфор, глиформин, глюкофаж, дианормет, метформамма-850, формин плива (все эти препараты есть в Перечне дополнительного лекарственного обеспечения).

Как правило, замена одного препарата другим с тем же действующим веществом не должно вызывать изменений в состоянии здоровья диабетика. Однако если самоконтроль показал обратное, добивайтесь получения привычного для вас препарата. Особенно, если это касается инсулинов.

Каков порядок обеспечения лекарствами в стационарах?

Стационары обязаны бесплатно предоставлять федеральным льготникам все лекарства, указанные в федеральном перечне.

В случае, если вам предлагают купить лекарства, то можно предположить, что медперсонал злоупотребляет своим служебным положением (это касается ситуаций, когда вам предлагают купить лекарство в стационаре) или произошел очередной сбой в системе поставок бесплатных поставок лекарственных средств.

Может ли инвалид по сахарному диабету получать бесплатно лекарства для лечения других болезней?

При наличии любых заболеваний, являющихся основанием для назначения лекарств, предусмотренных федеральным Перечнем, при амбулаторном лечении инвалид будет получать их бесплатно.

Можно ли больному сахарным диабетом перейти на лечение в другую поликлинику?

Больной должен обратиться с заявлением к главному врачу того лечебного учреждения, где он хочет лечиться, и передать туда свою медицинскую документацию. Однако могут только возникнуть проблемы с вызовом врача на дом, т.к. он осуществляется по территориальному признаку.

Где можно ознакомиться с перечнем лекарств по дополнительному лекарственному обеспечению льготников?

По требованию пациента этот перечень обязан предоставить лечащий врач. Он обязательно должен быть у главного врача лечебного учреждения. Эту же информацию вам должны предоставить в страховой медицинской организации, которая выдала полис обязательного медицинского страхования.

На этот вопрос должны ответить в Ростовском областном фонде обязательного медицинского страхования по тел.: 290-45-81; перечень обязательно должен быть в аптеке, где вы получаете бесплатно лекарства.

Наконец, можно воспользоваться ресурсами Интернета, например, сайтом «Российской газеты» - <http://www.rg.ru>.

Куда обращаться, если аптека не обеспечивает своевременно лекарствами по бесплатным рецептам?

Телефон «горячей линии» Министерства здравоохранения Ростовской области по вопросам лекарственного обеспечения: **(863) 263-20-50**.

Может ли сельский фельдшер выписать рецепт на бесплатные лекарства?

Фельдшер может выписывать бесплатные рецепты, если он включен в регистр врачей (фельдшеров), имеющих такое право. Формирование и ведение регистра врачей (фельдшеров), имеющих право на выписку льготных рецептов, осуществляет Министерство здравоохранения Ростовской области.

Кто-либо контролирует выписывание бесплатных рецептов врачами?

Врачей контролируют заведующие отделениями, клинико-экспертными комиссиями и руководство поликлиники. Территориальный фонд ОМС и страховые компании обеспечивают вневедомственный контроль достоверности и обоснованности выписки пациентам рецептов. При этом проверяется соответствие номенклатуры, дозировки и количества выписанных лекарств диагнозу заболевания и состоянию здоровья пациента.

Что делать, если в аптеке нет указанного в «льготном» рецепте лекарства?

При отсутствии лекарственного средства в товарном запасе специалистом аптечного предприятия регистрируется льготный рецепт в контрольном журнале и возвращается больному. При поступлении необходимых лекарственных средств в аптеку больной информируется в телефонном режиме. Если специалисты аптеки отказываются регистрировать льготные рецепты при отсутствии товара и отказываются информировать больных при поступлении необходимых лекарственных средств, можно обратиться в фармацевтическое управление МЗ РО по телефону горячей линии **(863) 263-20-50**.

Имеет ли право больной при отсутствии лекарства в «прикрепленной аптеке» получить его в другой?

При отсутствии лекарственного средства в «прикрепленной аптеке» больной имеет возможность получить его в другой аптеке в пределах одного муниципального образования по согласованию руководителей аптечных предприятий.

Обязаны ли аптеки и поликлиники иметь жалобную книгу и предоставлять ее по требованию посетителя?

Каждое аптечное предприятие должно иметь книгу жалоб и предложений, которую необходимо размещать в доступном для посетителей месте. Также каждый руководитель аптечного предприятия и лечебно-профилактического учреждения имеет часы приема граждан. Если же на этом уровне проблему решить невозможно, звоните в сектор по работе с обращениями граждан Министерства здравоохранения Ростовской области по тел. **(863) 242-41-09**. Там обязательно разберутся с вашей жалобой.

У больного СД, например, проблемы с сердцем. Кто должен выписывать ему бесплатный рецепт на сердечные средства: врач-эндокринолог, терапевт, кардиолог в поликлинике по месту жительства?

Как считает главный эндокринолог Министерства здравоохранения Ростовской области Е.В.Бова, квалификация врачей-эндокринологов в поликлиниках достаточно высока, и они могут самостоятельно принять решение о назначении лечения и прописать лекарство. Они также могут направить больного к специалисту-кардиологу в своей же поликлинике, который назначит необходимое лечение и выпишет льготные рецепты.

Какое обследование больной сахарным диабетом может получить бесплатно? Зависит ли объем бесплатного лечения и обследования от уровня льгот (региональные, федеральные)?

Каждый больной сахарным диабетом имеет право ежегодно по направлению своего лечащего врача-эндокринолога пройти бесплатное лечение и обследование в стационаре. Возможно, больному придется за собственные средства покупать кое-какие лекарства: во-первых, если они не входят в перечень дополнительного лекарственного обеспечения, а во-вторых, в зависимости от «статуса» лечебного учреждения, в котором находится больной (например, областная больница получает средств больше, чем муниципальная, а федеральная – больше чем областная...).

Правомерно ли взимание лечебными учреждениями платы при оказании услуг, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (например, оформление различного рода справок) под предлогом оформления «разового страхового полиса по добровольному медицинскому страхованию» (так называемого «монополиса»)?

Согласно письма Министерства финансов РФ от 15 сентября 1999 года № 24-02/11 оказание услуг посредством использования «монополисов» является нарушением, поскольку:

- событие, в силу наступления которого производится выплата страховщиком лечебному учреждению суммы денег, не является страховым, так как не обладает признаками вероятности и случайности: полис выписывается непосредственно при обращении лица в лечебное учреждение;

- отдельные медицинские услуги, оказываемые гражданам под предлогом оформления договора добровольного медицинского страхования, предусмотрены программой обязательного медицинского страхования, что дает основание предполагать двойную оплату одной и той же услуги.

Если в больнице или поликлинике с вас требуют деньги за лечение, обращайтесь в Министерство здравоохранения области или в Комитет здравоохранения города в зависимости от территориального подчинения лечебного учреждения (городского или федерального) с требованием навести порядок, или в суд.

Проживающим в сельской местности трудно добраться до квалифицированных специалистов на консультации в областные медучреждения: не всегда ходит транспорт (то снежные заносы, то уборка и т.п.), то некому выписать направление к врачу, то просто нет денег. Может быть этим специалистам легче приезжать хотя бы раз в месяц в село?

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Ростовской области от 23 февраля 2001 года № 44а «Об упорядочении плановой консультативной медицинской помощи населению сельских территорий» областным специалистам не только легче приезжать, а они обязаны это делать.

Указанным приказом утверждены Перечень сельских территорий, закрепленных за областными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), для консультативной

медицинской помощи и Перечень областных ЛПУ, выделяющих консультантов для выездных бригад.

Главные врачи областных ЛПУ должны обеспечивать еженедельно выезды специалистов в закрепленные территории, а главные врачи районов должны ежемесячно до 10 числа представлять руководителям прикрепленных областных ЛПУ профиль специалистов, необходимых для оказания плановой консультативной помощи. Они же должны информировать население о проведении консультаций областными специалистами и организовывать подбор соответствующих больных.

А, в целях приближения специализированной высококвалифицированной медицинской помощи взрослому и детскому населению области, рационального использования диагностической и лечебной аппаратуры, приказом Министерства здравоохранения Ростовской области от 13 сентября 2000 года № 212 организованы межрайонные центры специализированной медицинской помощи, перечень которых Вы можете узнать в ближайшем лечебном учреждении.

Обращаться к адвокатам всегда было дорого, а сейчас особенно. Предусмотрены ли какие-либо льготы для инвалидов при оплате юридических услуг?

Областным Законом Ростовской области от 4 марта 2003 года № 310-ЗС «О порядке предоставления гражданам РФ бесплатной юридической помощи в Ростовской области» (в ред. Областного закона от 10.06.2004 № 122-ЗС) предусмотрено:

Статья 1. 1. Гражданам Российской Федерации, среднедушевой доход семей которых ниже величины прожиточного минимума, установленного в Ростовской области в соответствии с федеральным законодательством, а также одиноко проживающим гражданам Российской Федерации, доходы которых ниже указанной величины, юридическая помощь оказывается бесплатно в следующих, предусмотренных федеральным законодательством, случаях: (в ред. Областного закона от 10.06.2004 № 122-ЗС)

3) гражданам Российской Федерации - при составлении заявлений о назначении пенсий и пособий;

2. Юридическая помощь лицам, указанным в пункте 1 настоящей статьи, оказывается бесплатно при предоставлении следующих документов:

1) письменного заявления об оказании юридической помощи бесплатно;

2) справок о доходах всех членов семьи за три предшествующих обращению месяца;

3) справки о составе семьи заявителя (с места жительства);

4) паспорта либо документа, его заменяющего;

5) документа (документов), определяющего (определяющих) принадлежность заявителя к категории лиц, имеющих право на получение юридической помощи бесплатно.

3. Неисполнение или ненадлежащее исполнение адвокатом своей обязанности по оказанию юридической помощи гражданам Российской Федерации бесплатно влечет ответственность, предусмотренную Федеральным законом «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации».

Статья 2. 1. Документы, указанные в пункте 2 статьи 1 настоящего Областного закона, заявитель обязан предоставить лично.

2. Документы, указанные в пункте 2 статьи 1 настоящего Областного закона, могут быть предоставлены по просьбе заявителя иными лицами в случаях, если заявитель болен (при этом подлинность подписи заявителя на заявлении в письменной форме должна быть удостоверена нотариально либо администрацией стационарного лечебно-профилактического учреждения, в котором заявитель находится на излечении) и в иных случаях, предусмотренных федеральным законодательством.

По каким вопросам можно обращаться к Уполномоченному по правам человека и как с ним связаться?

Его деятельность, права, обязанности, гарантии их свободного осуществления регламентируются Федеральным конституционным законом «Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» № 1-ФКЗ от 26 февраля 1997 г.

Уполномоченный располагается по адресу: **103084, Москва, ул. Мясницкая, 47. Телефон для справок: (095) 2073969.**

Он рассматривает жалобы на решения или действия (бездействие) государственных органов, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных служащих, если ранее заявитель обжаловал эти решения или действия (бездействие)

в судебном либо административном порядке, но не согласен с решениями, принятыми по его жалобе (ч. 1 ст. 16).

Жалоба должна быть подана не позднее истечения года со дня нарушения прав и свобод заявителя или с того дня, когда заявителю стало известно об их нарушении. Жалоба должна содержать фамилию, имя, отчество и адрес заявителя, изложение существа решений или действий (бездействия), нарушивших или нарушающих, по мнению заявителя, его права и свободы, а также сопровождаться копиями решений, принятых по его жалобе, рассмотренной в судебном или административном порядке (ст. 17). Подчеркнем, жалоба, направляемая Уполномоченному, не облагается государственной пошлиной (ст. 18).

О результатах рассмотрения жалобы Уполномоченный обязан известить заявителя и в случае установления факта нарушения его прав принять меры. В частности, он вправе: обратиться в суд с заявлением в защиту нарушенных прав и свобод, а также лично или через своего представителя участвовать в процессе; обратиться в компетентные государственные органы с ходатайством о возбуждении дисциплинарного, административного, уголовного дела в отношении должностного лица, в решениях или действиях (бездействии) которого усматриваются нарушения прав и свобод человека и гражданина; обратиться в суд или прокуратуру с ходатайством о проверке вступившего в законную силу решения, приговора суда, определения или постановления суда либо постановления судьи; обращаться с жалобой в Конституционный Суд Российской Федерации (ст. 29).

Государственный орган, орган местного самоуправления или должностное лицо, получившее заключение Уполномоченного, содержащее его рекомендации, обязаны в месячный срок рассмотреть их и о принятых мерах сообщить ему в письменной форме.

Уполномоченный по правам человека в Ростовской области:

Харьковский Анатолий Иванович

344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Михаила Нагибина, д.316

т. (8632) 800-601, 800-604, 800-602, 426-214, 690-646

<http://ombudsman.gov.ru>

e-mail: ombudsman@donland.ru

Когда можно обращаться в Европейский суд по правам человека?

Через шесть месяцев с момента решения Вашего вопроса последней инстанцией – Верховным судом РФ, Вы имеете право обратиться в Европейский суд.

Адрес Европейского суда по правам человека:

Grefte Cour Europeene des Droits de l'Homme Rue Rene

Cassin 67000 Strasbourg.

Телефон: (8-10-33) 3 88 41 20 32. Факс: (8-10-33) 3-88 41 27 91.

Электронная почта Пресс-службы: [HYPERLINK "mailto:Pressunlt@coe.fr" Pressunlt@coe.fr](mailto:HYPERLINKmailto:Pressunlt@coe.fr)

Центр информации и документации Совета Европы в Москве:

117454, Москва, Проспект Вернадского, 76.

Телефон: (095) 434 90 75. Электронная почта: Topornin@adonis.iasnet.

Интернет: <http://www.coe.ru>

Адрес европейского офиса Трибунала:

Bureau Europeen des Droitsdes Enfants 56-60 rue de la Claciere

75640 Paris Cedex.

Какие организации при органах власти защищают права инвалидов?

Координационный комитет по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации (далее - Координационный комитет) - постоянно действующий совещательный орган, уполномоченный Президентом Российской Федерации оказывать ему постоянную помощь в формировании и проведении государственной политики в сфере профилактики инвалидности, реабилитации инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей в реализации конституционных прав и свобод, а также осуществлять в указанной сфере предварительное рассмотрение вопросов и подготовку по ним предложений для Президента Российской Федерации.

– Совет содействия инвалидам РФ при Координационном комитете. (Образованы Распоряжением Президента РФ от 27 марта 1993 года № 205-рп)

– Национальный фонд содействия инвалидам Российской Федерации и попечительский совет Национального фонда – местонахождение: г. Москва, Рыбный пер., д. 3. (образованы постановлением Правительства РФ от 25.09.1993 г. № 976).

– Межведомственная комиссия по координации деятельности в сфере реабилитации инвалидов (постановление Правительства РФ от 27 июля 1996 года № 892).

– попечительские (общественные) советы при учреждениях социальной защиты населения (пост. Минтруда и соцразвития РФ от 29.10.1998 г. № 44).

– Общественный Совет при Минздраве России для наблюдения за реализацией федеральных целевых программ (приказ МЗ РФ от 21.06.2002 г. № 207).

В г. Ростове-на-Дону – городской координационный совет по делам инвалидов (Постановление Мэра от 22.03.2001 г. № 725);

В г. Шахты – Координационный совет по делам инвалидов при Мэрии города (пост. от 6.02.2002 № 27).

12. Дополнительная помощь больным сахарным диабетом в Ростовской области.

12.1. Общественные организации больных сахарным диабетом

Дополнительную помощь оказывают общественные диабетические организации: консультирование, проведение социальных и иных мероприятий для детей и взрослых, представление интересов в административных органах власти, информационная работа.

Контактная информация общественных организаций

В г. Ростове-на-Дону:

1. Ростовское областное диабетическое общество (РОДО)

Президент Галичаев Михаил Павлович, тел.: (863) 243-15-50; по всем вопросам медико-социального обеспечения можно обращаться ежедневно (кроме выходных) с 14.00 до 17.00.

Прием заявлений также осуществляется по адресу: ул. Московская, 54, оф. 16, тел.: (863) 262-34-33

2. Ростовская городская диабетическая общественная организация инвалидов «ДиаДон»

Председатель Никитина Людмила Александровна, тел.: (863) 234-15-42

3. Координатор секции дкетского диабета в г. Ростове-на-Дону

Сердюкова Виктория Владимировна тел.: 8-903-439-94-70

4. Секция молодежного диабета «Поиск» (г. Ростов-на-Дону),

Жбанников Александр Султанович, тел.: (863) 242-47-78, 8-903-473-03-45

Координаторы общественных диабетических организаций по районам г. Ростова-на-Дону:

Ворошиловский район:

РГДООИ (Ростовская городская диабетическая общественная организация инвалидов) «Аист», Типаева Надежда Андреевна, тел.: 292-79-55

РГДООИ «Диа-Дон», Долгушина Римма Дмитриевна, тел.: 245-07-01

Октябрьский район:

РГДООИ «Аист», Кузьменко Лейла Магомедовна, тел.: 271-86-07.

РГДООИ «Диа-Дон», Белошицкая Ольга Павловна, тел.: 234-14-64

Ленинский район:

РГДООИ «Аист», Типаева Надежда Андреевна, тел.: 292-79-55

РГДООИ «Диа-Дон», Крупеня Галина Валентиновна, тел.: 248-46-92

Кировский район:

РГДООИ «Аист», Типаева Надежда Андреевна, тел.: 292-79-55

РГДООИ «Диа-Дон», Юткина Клара Афанасьевна, тел.: 295-71-39

Железнодорожный район:

РГДООИ «Аист», Чуркина Ирина Александровна, тел.: 236-06-21

РГДООИ «Диа-Дон», Зюзанова Лидия Сергеевна, тел.: 236-86-02

Советский район:

РГДООИ «Аист», Кузьменко Лейла Магомедовна, тел.: 271-86-07.

РГДООИ «Диа-Дон», Шишкарева Тамара Васильевна, тел.: 225-49-46.

Пролетарский район:

РГДООИ «Аист», Шурина Ольга Николаевна, тел.: 252-94-25

РГДООИ «Диа-Дон», Берлизова Валентина Петровна, тел.: 257-09-94.

Первомайский район:

РГДООИ «Аист», Шурина Ольга Николаевна, тел.: 252-94-25

РГДООИ «Диа-Дон», Яцечко Лидия Сергеевна, тел.: 252-75-10.

В городах Ростовской области за консультацией можно обращаться:**г. Сальск.**

Сальская городская диабетическая общественная организация инвалидов «Надежда», председатель Доброслова Татьяна Тимофеевна, тел.: (86372) 5-18-45.

г. Шахты.

Шахтинская городская диабетическая общественная организация инвалидов «Вера», председатель Малявкина Вера Денисовна, тел.: (8636) 6-88-08.

г. Волгодонск.

Представитель Ростовского областного диабетического общества (РОДО) Ермилова Снежана Васильевна, тел.: (8639) 2-19-09.

г. Новочеркасск.

Новочеркасская городская детско-молодежная общественная организация инвалидов «Ника», Колпак Петр Павлович, тел.: (86352) 6-61-88.

ст. Вешенская.

Представитель Ростовского областного диабетического общества (РОДО) Жбанников Александр, тел.: (86353) 2-37-07, 8-903-473-03-45

п. Дубовка.

Дубовское отделение ВОИ, председатель Наумов Анатолий Алексеевич, тел.: (84458) 5-18-58.

г. Таганрог.

Таганрогское диабетическое общество, председатель Федоров Николай Михайлович, тел.: (8634) 38-39-00

г. Каменск.

Представитель Ростовского областного диабетического общества (РОДО), адвокат Плужник Галина Константиновна, тел.: (86365) 7-26-16.

г. Азов.

Азовский городской фонд помощи детям-инвалидам «Будущее – детям», председатель Бреос Наталья Егоровна, тел.: (86342) 6-35-74.

г. Аксай

Представитель Ростовского областного диабетического общества (РОДО) Калашникова Наталья Васильевна, тел.: 8-905-428-88-49

г. Новошахтинск

Представитель Ростовского областного диабетического общества (РОДО) Шашлыкова Елена Викторовна, тел.: 8-906-414-23-80

г. Батайск

Представитель Ростовского областного диабетического общества (РОДО) Науменко Татьяна Николаевна, тел.: 8-928-110-40-35

Ростовский молодежный телефон доверия:

телефонный консультант поможет вам преодолеть негативные эмоции, тел.: (863) 240-39-38.

На Юге России в регионах можно обращаться в организации и представительства – члены Южной межрегиональной диабетической ассоциации (ЮМДА):

г. Ростов-на-Дону:

Южная межрегиональная диабетическая ассоциация (ЮМДА),

Президент Галичаев Михаил Павлович

г. Ростов-на-Дону, пр. Буденновский, 23

тел.: (863) 243-15-50

e-mail: diadon@mail.ru web: <http://dia-don.ru>

г. Новочеркасск

Новочеркасская детско-молодежная общественная организация инвалидов диабетиков «Ника»

Председатель Колпак Петр Павлович

г. Новочеркасск, ул. Московская, 8

тел.: (86352) 4-23-03

e-mail: novoch.nika@rambler.ru web: <http://www.umd-novo.h1.ru/>

г. Сальск

Сальская диабетическая общественная организация инвалидов «Надежда»

Председатель: Доброслова Татьяна Тимофеевна

г. Сальск, ул. Хворостова, 29а

тел.: (86372) 5-18-45

e-mail: novoch.nika@rambler.ru

г. Шахты

Шахтинская диабетическая общественная организация инвалидов и их представителей «Вера»

Председатель Малявкина Вера Ленисовна

г. Шахты, ул. Беляева, 10

тел.: (86362) 6-88-08, 5-71-79

e-mail: dia-vera@shakhty.ru

г. Ахтубинск

Ахтубинская диабетическая общественная организация инвалидов

Председатель Попова Татьяна Ивановна

тел.: (85141) 55-42-39

г. Волжский

Волгоградская региональная общественная организация содействия детям и молодежи с диабетом «Диабетическое содружество»

Председатель Нестеренко Антонина Андреевна

Волгоградская область, г. Волжский, ул. Молодежная, 30, комн. 119

тел.: (8443) 31-14-29

e-mail: umda-volgograd@mail.ru

г. Урюпинск

Урюпинская городская общественная организация «Урюпинское диабетическое общество инвалидов»

Председатель Семенова Людмила Васильевна

Волгоградская область, г. Урюпинск, ул. Волгоградская, 1а

Ставропольский край

Представитель ЮМДА в Ставропольском крае

Кардашева Ирина Петровна

тел.: 8-903-417-84-47

Красногвардейская районная организация Ставропольской краевой организации БОИ

Председатель Жебрак Владимир Васильевич

Тел.: 8-909-759-72-28

г. Крымск

Представитель с доверенностью Козловская Нина Игнатьевна

Краснодарский край, г. Крымск, ул. Старталя, 3/47

г. Кизилюрт

Региональное отделение Российской Диабетической Ассоциации (РДА) по республике Дагестан

Председатель Халитов Галбац Халитовна

Республика Дагестан, г. Кизилюрт, пр. Шамиля, 43, кв. 32

тел.: (87234) 4-14-83

Представительства ЮМДА в других регионах:

г. Минусинск:

Минусинская общественная организация «Объединение инвалидов-диабетиков»

Председатель Репина Елена Васильевна

Красноярский край, г. Минусинск, ул. Сафьяновых, 2

тел.: (39132) 4-23-03

e-mail: elenarepina47@mail.ru

г. Обнинск

Региональная общественная организация «Обнинское диабетическое общество»

Председатель Черевань Татьяна Евгеньевна

Калужская область, г. Обнинск, ул. Заводская, 3, кв. 86

тел.: (48439) 2-01-264-23-03

e-mail: tcherevan2007@mail.ru

12.2. Медицинские учреждения и социальные службы, диабетические фирмы

Горячая телефонная линия (областная) по вопросам лекарственного обеспечения: оперативная помощь в бесплатном получении лекарств для федеральных и региональных льготников Министерства здравоохранения Ростовской области, тел.: (863) 263-20-50 (с 9:00 до 17:00, перерыв с 13:00 до 14:00)

Горячая телефонная линия по вопросам критических состояний больных диабетом (ОКБ № 2, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33): тел.: (863) 250-80-54

Министерство здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 81).

Сектор по работе с обращениями граждан МЗ РО: (г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 81) (содействие по вопросам госпитализации, разрешения конфликтных ситуаций административного плана): тел.: (863) 242-41-09..

Фармацевтическое управление МЗ РО (г. Ростов-на-Дону, пр. Соколова, 18). Заместитель начальника Щекотина Нина Андреевна (**обращения по наиболее сложным вопросам лекарственного обеспечения**): тел.: (863) 240-52-55

Областной фонд обязательного медицинского страхования (РОФОМС) (вопросы лекарственного обеспечения федеральных льготников): тел.: (863) 290-45-81

Пенсионный фонд Ростовской области (консультации по вопросам льгот для всех категорий пенсионеров): тел.: (863) 290-41-01; 290-41-55

Министерство труда и социального развития (консультации по вопросам льгот для всех категорий инвалидов): тел.: (863) 234-00-99; 2-341-722.

Фонд социального страхования Российской Федерации

г. Москва, Орликов переулок, 3а, тел.: (495) 668-03-33, 668-03-26

Фонд социального страхования. Государственное учреждение Ростовского регионального отделения Фонда социального страхования (**консультации по вопросам санаторно-курортного лечения**): тел.: (863) 244-22-34 (юрисконсульт Писанко Елена Ивановна)

Управление здравоохранения г. Ростова-на-Дону (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33) (**консультации по вопросам организации медицинской помощи жителям города** (лечебный сектор): тел.: (863) 242-42-21, 242-42-16.

Главные специалисты-эндокринологи РО:

Бова Е.В., главный эндокринолог Министерства здравоохранения Ростовской области, г. Ростова-на-Дону, тел.: (863) 254-78-33.

Берлизева А.Д., главный детский эндокринолог г. Ростова-на-Дону, тел.: (863) 240-39-16.

Афонин А.А., главный детский эндокринолог Ростовской области, тел.: (863) 234-98-77.

Галкина Г.А., зав. детским эндокринологическим отделением РНИИАПа: тел.: (863) 227-50-57.

Срочная консультационная помощь фирм диабетического профиля:

Скорая консультационная линия компании «Санофи-Авентис» (телефонная «горячая линия» «Оптилайн»): тел.: 8-800-200-65-70 (понедельник-пятница, с 9-00 до 21-00). *Звонки из Москвы и регионов – бесплатные.*

Представительство Акционерного общества Eli Lilly Vostok S.A. (Эли Лилли Восток С.А.) в России: тел.: (495) 258-50-01 (понедельник-пятница)

«Горячая линия» Lifescan в России: тел.: 8-800-200-83-53. *Звонки из Москвы и регионов – бесплатные.*

«Горячая линия» компании Medtronic: тел. (круглосуточно): 8-800-200-76-36 *Звонки из Москвы и регионов – бесплатные.* (495) 225-76-36

«Горячая линия» компании Novo Nordisk («горячая линия» «Сахарный диабет»): тел.: 8-800-333-37-06 (понедельник-пятница с 9:00 до 17:30). *Звонки из Москвы и регионов – бесплатные.*

«Горячая линия» Abbott: тел.: 8-800-100-88-07

«Горячая линия» iCheck: тел.: (495) 646-82-36

Агентство «Диабет»: индивидуальные глюкометры и расходные материалы для них, другие средства самоконтроля; консультации по их использованию; пищевые добавки, продукты питания:

г. Ростов-на-Дону, ул. Московская, 54, оф. 16, тел.: (863) 262-34-33.

Российская диабетическая федерация:

контактное лицо: Густова Эльвира Васильевна,
тел.: (495) 236-24-45, 237-00-35

Газета «ДиаНовости»

Главный редактор Кричевский Александр Маркович
г. Москва, ул. Новослободская, 57/65, тел.: (499) 973-36-61

ПРАВА БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ПОСОБИЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Редактор Галичаев М.П.

*Авторы: Власова С.Л., Жбанников А.С.,
Сердюкова В.В., Яценко А.М.*

Сдано в набор 08.04.2010. Подписано в печать 27.04.2010.
Формат 60х84/16. Печатных листов 15. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Гарнитура Arial. Заказ № 92.

Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «ДонПечать»
344000, ул. Красноармейская, 170,
тел./факс: (863)280-88-78, 263-83-90
e-mail: donidom@mail.ru