

РЕАБИЛИТАЦИЯ:

нормативно-правовое обеспечение

Под ред. **Б.В. Агафонова** – профессора, зав. кафедрой общей врачебной практики, декана ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, заместителя директора МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по учебной работе

Составитель:

Т.В. Елманова – зам. гл. врача Ступинской ЦГКБ по клинико-экспертной работе, доцент кафедры общей врачебной практики ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ст. науч. сотр. отдела по изучению проблем семейной медицины НИЦ ММА им. И.М. Сеченова

Реабилитация: нормативно-правовое обеспечение /сост.: Т.В. Елманова; под ред. Б.В. Агафонова. – Ступинская ЦГКБ (гл. врач Г.П. Романова), 2004./

В сборнике представлены нормативно-правовые документы по организации реабилитации и восстановительного лечения в системе оказания медико-социальной помощи населению Российской Федерации. Перечень документов включает федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы, письма, методические рекомендации федеральных органов исполнительной власти по вопросам лицензирования и аттестации, стандартизации медицинских услуг и требований к протоколам ведения больных в данной области, штатных нормативов, стационарзамещающих технологий; по порядку предоставления реабилитационных услуг и восстановительного лечения различным категориям пациентов.

Сборник предназначен для руководителей органов управления и медицинских учреждений здравоохранения, специалистов по организации медицинской реабилитации и восстановительного лечения, врачей различных специальностей, аспирантов, ординаторов.

Введение

Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее сорок восьмой сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96) были приняты Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, в которых говорится:

«Термин **«реабилитация»** означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной деятельностью, например, восстановлением профессиональной трудоспособности.

Термин **«предупреждение инвалидности»** означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). Предупреждение инвалидности может предусматривать осуществление мер различного характера, в частности оказание первичной медико-санитарной помощи, пренатальной и послеродовой уход, популяризация диетотерапии, профилактическая вакцинация от инфекционных заболеваний, меры по борьбе с эндемическими заболеваниями, охрана труда и программы предупреждения несчастных случаев в различных ситуациях, включая приспособливание рабочих мест в целях предупреждения профессиональных заболеваний и потери трудоспособности, предупреждение инвалидности, которая является следствием загрязнения окружающей среды или вооруженных конфликтов.

Термин **«обеспечение равных возможностей»** означает процесс, благодаря которому различные системы общества и окружающей среды, такие, как обслуживание, трудовая деятельность и информация, оказываются доступными всем, особенно инвалидам.

Принцип равенства прав предполагает, что потребности всех без исключения индивидуумов имеют одинаково важное значение, что эти потребности должны служить основой планирования в обществе и что все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый индивидуум имел равные возможности для участия в жизни общества».

Предпосылками для равноправного участия являются следующие правила:

Правило 1. Углубление понимания проблемы. Государствам следует принять меры для углубления понимания в обществе положения инвалидов, их прав, потребностей, возможностей и их вклада.

Правило 2. Медицинское обслуживание. Государствам следует обеспечить эффективное медицинское обслуживание инвалидов.

Правило 3. Реабилитация. Государствам следует обеспечить предоставление инвалидам услуг по реабилитации, с тем, чтобы позволить им достигнуть и поддерживать оптимальный уровень их самостоятельности и жизнедеятельности.

1. Государствам следует разрабатывать национальные программы реабилитации для всех групп инвалидов. В основе таких программ должны лежать фактические потребности инвалидов и принципы всестороннего участия в жизни общества и равноправия.

2. В подобные программы следует включать широкий диапазон мер, в частности базовую подготовку для восстановления или компенсации утраченной функции, консультирование инвалидов и членов их семей, развитие самообеспечения и

предоставление, по мере необходимости, таких услуг, как осуществление оценки и предоставление рекомендаций.

3. Все инвалиды, в том числе с высокой степенью инвалидности и/или множественной инвалидностью, нуждающиеся в реабилитации, должны иметь доступ к ней.

4. Инвалиды и их семьи должны иметь возможность участвовать в разработке и осуществлении мер, связанных с их реабилитацией.

5. Все службы реабилитации должны находиться в общинах, в которых проживают инвалиды. Однако в определенных случаях и в конкретных учебных целях могут, если это целесообразно, организовываться специальные временные курсы по реабилитации, при обучении на которых инвалиды будут проживать в соответствующих учреждениях.

6. Следует поощрять участие инвалидов и их семей в работе по реабилитации, например в качестве преподавателей, инструкторов или консультантов.

7. При разработке или оценке программ реабилитации государствам следует использовать опыт организаций инвалидов.

ГЛАВА 1

Федеральное законодательство об охране здоровья граждан и порядке реабилитации инвалидов в Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНЫ
Верховным Советом РФ
от 22.07.93 № 5487-1

Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

(в ред. Федеральных законов от 02.03.98 N 30-ФЗ, от 20.12.99
N 214-ФЗ, от 02.12.00 N 139-ФЗ, от 10.01.03 N 15-ФЗ, от 27.02.03 N 29-ФЗ,
от 30.06.03 № 86-ФЗ, от 22.08.04 № 122-ФЗ;
с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.93 N 2288)
(извлечения)

Раздел I. Общие положения

Статья 1. Охрана здоровья граждан

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья...

Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) **приоритет профилактических мер** в области охраны здоровья граждан;
- 3) **доступность медико-социальной помощи;**
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за **обеспечение прав граждан** в области охраны здоровья.

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;

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.

Раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь

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

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Объем и порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливаются законодательством в области охраны здоровья граждан.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством муниципального образования.

Оказание первичной медико-санитарной помощи может также финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования и других источников в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

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.

Раздел X Права и социальная поддержка медицинских и фармацевтических работников

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, **имеющие диплом и специальное звание**, а также **сертификат специалиста** и **лицензию** на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан...

Врачи или провизоры, **не работавшие по своей специальности более пяти лет**, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций... Лица, **незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью**, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством)

Народная медицина - это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие **диплом целителя**, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения...

Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения в соответствии со статьей 56 настоящих Основ.

Допускается **использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях** государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений в соответствии со статьей 43 настоящих Основ. Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Лишение диплома целителя производится по решению органа управления здравоохранением, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суд.

Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, - уголовную ответственность.

Статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;

2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;

3) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования...

**О мерах по стабилизации и развитию
здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации
(извлечения)**

*Одобрена
постановлением Правительства РФ
от 05.11. 97 № 1387*

**Концепция развития здравоохранения и медицинской науки
в Российской Федерации**

Целью Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ является сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Основными задачами Концепции являются:

- увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний;
- **сокращение сроков восстановления утраченного здоровья** населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Реализация Концепции основана на следующих принципах:

- всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;
- профилактическая направленность;
- экономическая эффективность функционирования медицинских учреждений;
- единство медицинской науки и практики;
- активное участие населения в решении вопросов здравоохранения.

Совершенствование организации медицинской помощи

Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи являются развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный.

Особая роль отводится развитию института врача общей (семейной) практики. В поликлиниках должны развиваться консультативно-диагностические службы. На их базе могут быть развернуты **отделения медико-социальной реабилитации** и терапии, службы ухода, **дневные стационары**, центры амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи и т.д.

Реорганизация стационарной помощи обеспечит сокращение длительности госпитального этапа. Для этого необходимо предусматривать распределение количества коек в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса следующим образом:

- интенсивное лечение - до 20 процентов;
- **восстановительное лечение - до 45 процентов;**
- длительное лечение больных хроническими заболеваниями - до 20 процентов;
- **медико-социальная помощь - до 15 процентов.**

Шире использовать дневные формы пребывания пациентов в стационарах.

Необходимо возродить межрегиональные и межрайонные специализированные медицинские центры.

Для улучшения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению требуется сформировать на базе центральных районных больниц лечебно-диагностические комплексы, включающие в себя муниципальные сельские медицинские учреждения, развивать передвижные формы лечебно-диагностической и консультативной помощи, создавать межрайонные клиничко-диагностические центры...

Механизмы и этапы реализации Концепции

Для обеспечения последовательности в выполнении положений Концепции работа по ее реализации будет выполняться в 2 этапа.

1 этап (1997-2000 годы)

Осуществление в течение 1997-1999 годов структурных преобразований в отрасли. Проведение реструктуризации стационарной помощи с одновременным развитием амбулаторно-поликлинических учреждений и созданием в них дневных стационаров и стационаров на дому. Важным направлением этой работы будет являться внедрение института общей врачебной практики...

2 этап (2001 -2005 годы)

...Осуществление федеральных целевых программ развития здравоохранения, реализация которых позволит создать основу для внедрения в практику здравоохранения эффективных методов профилактики, диагностики и лечения болезней и обеспечить населению доступную квалифицированную и специализированную медицинскую помощь.

*РАСПОРЯЖЕНИЕ
Правительства РФ
от 24.09.01 № 1270-р*

КОНЦЕПЦИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2015 ГОДА (извлечения)

III. Приоритеты демографического развития в области укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни населения

В области укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни населения определены следующие **приоритеты**:

укрепление здоровья детей и подростков, прежде всего за счет совершенствования мероприятий, направленных на профилактику травматизма и отравлений, на борьбу с курением, алкоголизмом и наркоманией, а также путем развития физической культуры и спорта и организации досуга;

улучшение репродуктивного здоровья населения путем совершенствования профилактической и лечебно-диагностической помощи;

улучшение здоровья населения трудоспособного возраста в первую очередь за счет

профилактики травматизма и отравлений, а также за счет раннего выявления и адекватного лечения болезней системы кровообращения, новообразований и инфекционных болезней;

сохранение здоровья пожилых людей, для которых наиболее актуально предупреждение сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных и инфекционных болезней.

Для эффективной профилактической работы необходимы объединение и координация действий органов государственной власти всех уровней, общественных объединений, религиозных и благотворительных организаций по пропаганде здорового образа жизни и возрождению системы массового санитарно-гигиенического просвещения при активной поддержке прежде всего средств массовой информации. Благотворительные акции и инициативы в этой области могут стать существенным резервом в борьбе с факторами преждевременной и предотвратимой смертности населения.

В области охраны и укрепления здоровья граждан предусматривается совершенствование организации и развитие государственных и негосударственных форм оказания населению специализированной медицинской помощи, включая использование высоких медицинских технологий, в том числе в рамках федеральных целевых программ.

Для оказания медицинской помощи тяжелобольным городским и сельским жителям, включая применение дорогостоящих медицинских технологий, необходимо дальнейшее развитие и укрепление федеральных медицинских учреждений, областных, краевых и республиканских учреждений здравоохранения, а также обеспечение работы в сельских местностях выездных поликлинических бригад, **развитие сети реабилитационных (восстановительных) отделений центральных районных, районных больниц, а также больниц и отделений медико-социальной помощи.**

В целях своевременного выявления заболеваний и эффективного их лечения необходимо повысить роль первичной медико-санитарной помощи, развивать стационарозамещающие технологии, а также провести структурно-экономические преобразования в сети учреждений здравоохранения.

Обеспечение доступности среды жизнедеятельности для лиц с ограниченными возможностями **требует дальнейшего развития реабилитационной индустрии**, направленной на создание возможностей для максимального использования потенциала инвалидов.

В целях проведения **медико-социальной реабилитации** отдельных категорий населения необходимо развитие новых форм медико-социального обслуживания, в том числе развитие сети домов ночного пребывания, в которых предусматривается оказание социально-психологической, юридической помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, не имеющим места жительства и работы.

*ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 24.11.95 № 181-ФЗ*

О социальной защите инвалидов в Российской Федерации

*(в ред. ФЗ от 24.07.98 N 125-ФЗ, от 04.01.99 N 5-ФЗ,
от 17.07.99 N 172-ФЗ, от 27.05.00 N 78-ФЗ, от 09.06.01 N 74-ФЗ,
от 08.08.01 N 123-ФЗ, от 29.12.01 N 188-ФЗ, от 30.12.01 N 196-ФЗ,
от 22.08.04 № 122-ФЗ)
(извлечения)*

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»**.

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

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.

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 Правительством Российской Федерации.

Статья 8. Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы

1. 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 правительством Российской Федерации.

3. На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагаются:

- 1) установление группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;**
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в **разработке комплексных программ** профилактики инвалидности, **медико-социальной реабилитации** и социальной защиты инвалидов;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности;
- 6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

Глава III. Реабилитация инвалидов

Статья 9. Понятие реабилитации инвалидов

1. **Реабилитация инвалидов** - 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. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

2. Реабилитация инвалидов включает в себя:

- 1) **медицинскую реабилитацию**, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;
- 2) **профессиональную реабилитацию** инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;
- 3) **социальную реабилитацию** инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

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

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

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

Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - 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...

**Об утверждении классификаций и временных критериев,
используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы
(извлечения)**

I. Классификации

1.1. Основные понятия

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

1.1.2. **Инвалидность** - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

1.1.3. **Здоровье** - состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

1.1.4. **Нарушение здоровья** - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

1.1.5. **Ограничение жизнедеятельности** - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

1.1.6. **Степень ограничения жизнедеятельности** - величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

1.1.7. **Социальная недостаточность** - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

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

1.1.9. **Социальная помощь** - периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

1.1.10. **Социальная поддержка** - одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

1.1.11. **Реабилитация инвалидов** - процесс и 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. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

1.1.12. **Реабилитационный потенциал** - комплекс биологических и психофизических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности.

1.1.13. **Реабилитационный прогноз** - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

1.1.14. **Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности** - специфические санитарно-гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

1.1.15. **Профессия** - род трудовой деятельности, занятий человека, владеющего комплексом специальных знаний, умений и навыков, полученных путем образования, обучения. Основной профессией следует считать выполняемую работу наиболее высокой квалификации или работу, выполняемую более длительное время.

1.1.16. **Специальность** - вид профессиональной деятельности, усовершенствованной путем специальной подготовки; определенная область труда, знания.

1.1.17. **Квалификация** - уровень подготовленности, мастерства, степень годности к выполнению труда по определенной специальности или должности, определяемый разрядом, классом, званием и другими квалификационными категориями.

1.2. Классификация нарушений основных функций организма человека

1.2.1. Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

1.2.2. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).

1.2.3. Нарушения статодинамической функции.

1.2.4. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

1.3. Классификация основных категорий жизнедеятельности

1.3.1. **Способность к самообслуживанию** - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

1.3.2. **Способность к самостоятельному передвижению** - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

1.3.3. **Способность к обучению** - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

1.3.4. **Способность к трудовой деятельности** - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

1.3.5. **Способность к ориентации** - способность определяться во времени и пространстве.

1.3.6. **Способность к общению** - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

1.3.7. **Способность контролировать свое поведение** - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально - правовых норм.

1.4. Классификации нарушений функций организма по степени выраженности

Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

- 1 степень - незначительные нарушения функций;
- 2 степень - умеренные нарушения функций;
- 3 степень - выраженные нарушения функций;
- 4 степень - значительно выраженные нарушения функций.

1.5. Классификации ограничений жизнедеятельности по степени выраженности

1.5.1. Ограничение самообслуживания:

1 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень - неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

1.5.2. Ограничение способности к самостоятельному передвижению:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц.

1.5.3. Ограничение способности к обучению:

1 степень - способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

2 степень - способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

3 степень - неспособность к обучению.

1.5.4. Ограничение способности к трудовой деятельности:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств, и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности.

1.5.5. Ограничение способности к ориентации:

1 степень - способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств;

2 степень - способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

3 степень - неспособность к ориентации (dezориентация).

1.5.6. Ограничение способности к общению:

1 степень - способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

2 степень - способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к общению.

1.5.7. Ограничение способности контролировать свое поведение:

1 степень - частичное снижение способности самостоятельно контролировать свое поведение;

2 степень - способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение.

ГЛАВА 2

ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ И АТТЕСТАЦИЯ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРАЧЕЙ- СПЕЦИАЛИСТОВ

*ПОСТАНОВЛЕНИЕ
Правительства РФ
от 04.07.02 № 499*

Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности (в ред. постановления Правительства РФ от 03.10.02 № 731) (извлечения)

*Утверждено
Постановлением правительства РФ
от 04.07.02 № 499*

Положение о лицензировании медицинской деятельности (в ред. постановления Правительства РФ от 03.10.02 № 731)

1. Настоящее Положение определяет порядок лицензирования медицинской деятельности на территории Российской Федерации юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

2. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется Минздравом Российской Федерации или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, которым Минздрав Российской Федерации передало по соглашениям с ними свои полномочия по лицензированию указанной деятельности (далее именуется – лицензирующий орган).

3. Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании соответствующих помещений;

б) наличие соответствующих организационно-технических условий и материально-технического оснащения, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных к применению Минздравом Российской Федерации;

в) наличие и содержание в работоспособном состоянии средств противопожарной защиты..., противопожарного водоснабжения и необходимого для ликвидации пожара расчетного запаса специальных средств, а также наличие плана действий персонала на случай пожара;

г) наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно-технических работников и др.), имеющих высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также наличие у руководителя лицензиата и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) не менее 5 лет – для юридического лица;

д) наличие высшего или среднего медицинского образования, дополнительного образования и специальной подготовки, соответствующих требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стажа работы по лицензируемой деятельности не менее 2 лет – для индивидуального предпринимателя;

е) повышение не реже 1 раза в пять лет квалификации работников юридического лица, осуществляющих медицинскую деятельность, а также индивидуального предпринимателя.

5. Для получения лицензии соискатель лицензии представляет в лицензирующий орган следующие документы:

а) заявление о предоставлении лицензии с указанием:

наименования, организационно-правовой формы и места нахождения юридического лица, а также мест нахождения его территориально обособленных подразделений и объектов, используемых для осуществления лицензируемой деятельности, - для юридического лица;

фамилии, имени, отчества, места жительства, данных документов, удостоверяющих личность, а также места осуществления лицензируемой деятельности – для индивидуального предпринимателя;

лицензируемой деятельности, которую юридическое лицо или индивидуальный предприниматель намерены осуществлять (с перечислением работ и услуг в соответствии с п. 3 Положения, которые будут выполняться лицензиатом);

б) копии учредительных документов и свидетельства о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве юридического лица с указанием его кода...;

копия свидетельства о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве индивидуального предпринимателя;

в) копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам выполняемых работ и предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность;

г) копия свидетельства о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;

д) документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;

е) копии документов, подтверждающих соответствующую лицензионным требованиям и условиям квалификацию индивидуального предпринимателя или работников юридического лица.

6. Документы, представленные для получения лицензии, принимаются по описи...

Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала...

7. Лицензирующий орган при проведении лицензирования имеет право провести проверку соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям.

8. Лицензирующий орган принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии в течение 60 дней со дня получения заявления со всеми необходимыми документами.

9. Срок действия лицензии на осуществление медицинской деятельности – 5 лет...

13. Лицензирующий орган обязан в 5-дневный срок со дня принятия решения о предоставлении, продлении срока действия, переоформлении, приостановлении и

возобновлении действия или аннулирования лицензии уведомить о нем (в письменной форме) лицензиата...

17. Лицензирующий орган при проведении лицензирования... руководствуется Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» и настоящим Положением.

*ПРИКАЗ
Минтруда и соцразвития РФ
от 03.08.01 № 151*

**ОБ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ
ОБРАЗОВАНИЕМ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ
(извлечения)**

*Приложение № 1
к приказу Минтруда и соцразвития РФ
от 03.08.01 № 151*

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ УЧРЕЖДЕНИЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ,
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

I. Общие положения

Аттестация является одним из механизмов государственного контроля за качеством подготовки специалистов и уровнем оказания медико-социальной помощи населению. Она имеет цель стимулировать рост квалификации специалистов, улучшать подбор, расстановку и использование кадров, повысить персональную ответственность за выполнение профессиональных и должностных обязанностей. По результатам аттестации специалистам присваивается квалификационная категория.

К аттестации на квалификационную категорию допускаются лица, имеющие высшее медицинское образование и осуществляющие экспертно-реабилитационную и медико-социальную деятельность в учреждениях социальной защиты населения.

Аттестацию на присвоение квалификационной категории могут проходить психологи, работающие в учреждениях органов социальной защиты населения. Их аттестация осуществляется при участии в работе комиссии специалистов этого профиля.

К аттестации не допускаются специалисты, не прошедшие повышения квалификации по аттестуемой специальности в государственных образовательных учреждениях в течение последних пяти лет.

II. Аттестационная комиссия

Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории в системе Министерства труда и социального развития Российской Федерации проводится аттестационной комиссией.

Аттестационная комиссия может создаваться при научно практических, научно -

исследовательских и высших образовательных учреждениях приказом по Министерству труда и социального развития Российской Федерации. Решение аттестационной комиссии действительно на всей территории Российской Федерации.

Аттестационная комиссия состоит из председателя, секретаря и членов комиссии. В аттестационной комиссии могут создаваться подкомиссии по отдельным специальностям. Каждая подкомиссия имеет председателя, секретаря и членов подкомиссии.

В состав комиссии и подкомиссий рекомендуется включать наиболее компетентных специалистов органов и учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы, государственной службы реабилитации инвалидов, социального обслуживания и протезно-ортопедических предприятий, научно исследовательских, высших образовательных учреждений, органов управления социальной защиты населения. Комиссия должна обеспечить объективное рассмотрение, дать оценку деятельности аттестуемого работника и вынести соответствующее решение.

III. Организация работы аттестационной комиссии

Основной формой проверки теоретических знаний и практических навыков специалиста является аттестационный экзамен, проводимый с использованием тестовых заданий.

При аттестации и перееаттестации специалиста на квалификационную категорию учитывается процент правильных ответов по тестовой программе, решение ситуационных задач, владение практическими навыками и т.п.

Квалификационная категория, присвоенная врачам и психологам, действительна в течение пяти лет...

За три месяца до окончания срока действия квалификационной категории работник может письменно обратиться в аттестационную комиссию для прохождения перееаттестации в установленном порядке.

Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории проводится за счет средств учреждения, в котором работает специалист, а также может проводиться по желанию за счет средств аттестуемого.

IV. Порядок проведения аттестации

Аттестация на квалификационную категорию специалистов учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы, государственной службы реабилитации инвалидов, социального обслуживания и протезно-ортопедических предприятий проводится по специальностям, предусмотренным номенклатурой врачебных специальностей, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей.

Первичная аттестация на квалификационную категорию, аттестация на присвоение более высокой квалификационной категории, подтверждение высшей квалификационной категории проводится с приглашением специалиста на заседание аттестационной комиссии. Подтверждение квалификационной категории может проводиться заочно...

Квалификационная категория по специальности может быть присвоена как по основной, так и по совмещаемой должности.

В стаж работы по специальности для аттестации на квалификационную категорию засчитывается время работы по данной специальности как по основной, так и по совмещаемой работе, обучение в интернатуре, клинической ординатуре и аспирантуре по той же специальности, по которой врач проходит аттестацию, время работы в аппарате

Министерства труда и социального развития Российской Федерации, краевых, областных, городских и районных органах социальной защиты населения, в общественных профессиональных, а также в профсоюзных органах.

В отдельных случаях специалисту с учетом его высокой теоретической и практической подготовки по избранной специальности, хороших показателей в работе может присваиваться более высокая квалификационная категория без установленных требований к стажу работы.

Специалистам, имеющим ученую степень доктора наук и занятым экспертно-реабилитационной и медико-социальной деятельностью в учреждениях социальной защиты населения, научно-исследовательских и учебных заведениях, заочно присваивается высшая квалификационная категория по соответствующей специальности на основании представления руководителя учреждения, в котором работает доктор наук...

Аттестационная комиссия обязана рассмотреть аттестационные материалы на присвоение квалификационной категории в течение трех месяцев со дня их получения.

От очередной переаттестации на присвоение квалификационной категории освобождаются беременные женщины и матери, имеющие детей в возрасте до трех лет и находящиеся в отпуске по уходу за ними. Срок переаттестации их соответственно переносится и проводится через три года после выхода на работу.

*Приложение N 4
к Положению об аттестации специалистов...,
утвержденному Приказом Минтруда России
от 3 августа 2001 г. N 151*

**НОМЕНКЛАТУРА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
В ОБЛАСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ,
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

- 5. Диетология
- **8. Лечебная физкультура и спорт**
- 17. Психотерапия

*Приложение № 2
к приказу Минтруда и соцразвития РФ
от 03.08.01 № 151*

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ ДЛЯ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ
МЕДИЦИНСКИМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ УЧРЕЖДЕНИЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ,
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

Раздел I. Общие положения

Аттестационная комиссия является основным звеном аттестации специалистов учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы, государственной службы реабилитации инвалидов, социального обслуживания, протезно-ортопедических предприятий, обязана обеспечить высокий уровень требований при аттестации и несет ответственность за обоснованность принимаемых решений. Положение об аттестационной комиссии утверждается руководством Министерства труда и социального развития Российской Федерации.

Аттестация специалистов на присвоение квалификационной категории проводится за счет средств учреждения, в котором работает специалист, а также может быть проведена за счет средств аттестуемого.

Время поездки и присутствия специалиста на заседании аттестационной комиссии оформляется по месту основной работы как служебная командировка. Основанием для оформления служебной командировки в таком случае является официальный вызов (уведомление) аттестуемого специалиста за подписью председателя комиссии с указанием даты, места и необходимости личного присутствия специалиста на заседании аттестационной комиссии.

Специалисты, которым квалификационная категория ранее присвоена другим ведомством (в системе учреждений Минздрава РФ и др.), проходят переаттестацию в настоящей аттестационной комиссии на общих основаниях.

Раздел II. Перечень специалистов и должностей, подлежащих аттестации, порядок аттестации

В соответствии с нормативными документами (Положением о признании лица инвалидом и Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы, уставами, инструкциями и др.), регламентирующими деятельность органов и учреждений системы Министерства труда и социального развития Российской Федерации, перечень специалистов, подлежащих аттестации, представлен следующим образом:

1. Специалисты (включая руководителей бюро медико-социальной экспертизы, главных бюро, реабилитационных учреждений) в области медико-социальной экспертизы **и реабилитации по специальностям:**

... врачи - специалисты по реабилитации различного профиля

2. **Врачи-специалисты**, в том числе по гериатрии, **лечебной физкультуре и спорту, физиотерапии** и др., - сотрудники стационарных и нестационарных учреждений социального обслуживания, занимающиеся оказанием социально-медицинских и санитарно гигиенических услуг в соответствии с "Федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания".

3. Врачи - травматологи-ортопеды, специалисты протезно-ортопедических предприятий и протезно-ортопедических восстановительных центров.

4. Врачи различного профиля, специалисты специализированных производственных предприятий для инвалидов.

5. Врачи - специалисты по организации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов центральных и региональных органов и учреждений системы Минтруда и социального развития РФ.

7. Врачи и другие специалисты (психологи, специалисты по реабилитации) - преподаватели образовательных учреждений по повышению квалификации работников системы Минтруда и социального развития РФ.

По ходатайству администрации переаттестация на присвоение более высокой категории при наличии необходимого стажа работы по аттестуемой специальности и соответствующей профессиональной подготовке может проводиться досрочно, но не ранее чем через год после прохождения аттестации.

Раздел III. Организация работы комиссии

...С характером аттестационного экзамена и требованиями, предъявляемыми аттестационной комиссией, специалист должен быть ознакомлен в момент подачи документов в аттестационную комиссию.

Основные формы работы аттестационной комиссии:

- предварительное рассмотрение и рецензирование поступивших аттестационных материалов;
- заседание аттестационной комиссии.

Переаттестация на более высокую квалификационную категорию проводится при личной явке специалиста на заседание аттестационной комиссии. Подтверждение ранее присвоенной категории может осуществляться очно или заочно на основании заключения рецензента и решения аттестационной комиссии.

О допуске к аттестации (переаттестации), дате заседания аттестационной комиссии, очной или заочной аттестации (переаттестации) специалист письменно оповещается секретарем аттестационной комиссии.

Раздел IV. Порядок рассмотрения аттестационных материалов

Сроки рассмотрения аттестационных материалов и принятия решения о присвоении квалификационной категории составляют три месяца со дня представления всех материалов в аттестационную комиссию; в необходимых случаях (дополнительное рецензирование, дополнительное привлечение для участия в заседании аттестационной комиссии достаточного количества компетентных специалистов и т.п.) сроки рассмотрения аттестационных материалов могут быть увеличены до четырех месяцев, о чем аттестуемый специалист оповещается секретарем аттестационной комиссии.

Рецензирование аттестационных материалов поручается ответственному члену аттестационной комиссии, который дает письменный отзыв о соответствии содержания и формы представленных материалов той квалификационной категории, на которую претендует аттестуемый специалист.

В случае отрицательной рецензии на аттестационные материалы аттестуемый специалист к дальнейшей процедуре аттестации (переаттестации) не допускается; при этом аттестационная комиссия в своем решении указывает срок, в течение которого специалист может представить в комиссию исправленные в соответствии с замечаниями рецензента аттестационные материалы.

В процессе заседания аттестационной комиссии определяется профессиональная компетенция и квалификация аттестуемого специалиста по результатам аттестационного экзамена. Экзамен может быть проведен аттестационной комиссией в виде собеседования или с применением специального тестирования. В случае применения специального тестирования аттестационный экзамен может проводиться в два этапа: первый этап - тестирование; второй этап собеседование, к которому допускаются специалисты при удовлетворительных результатах тестирования.

Комиссия принимает свои решения путем открытого голосования. В голосовании должны участвовать не менее 2/3 из числа членов утвержденного состава аттестационной комиссии. После завершения аттестационного экзамена комиссия большинством голосов принимает решение о присвоении или подтверждении специалисту квалификационной категории. При равенстве голосов выносится решение в пользу аттестуемого.

Специалистам, прошедшим аттестацию (переаттестацию) на квалификационную категорию, выдается удостоверение установленного образца.

Специалистам, не выдержавшим аттестационный экзамен, решением комиссии может быть предоставлено право на повторный экзамен в сроки, установленные аттестационной комиссией.

О порядке получения квалификационных категорий
(извлечения)

*Приложение
к приказу Минздрава РФ
от 09.08.01 № 314*

**Положение
о порядке получения квалификационных категорий специалистами,
работающими в системе здравоохранения Российской Федерации**

I. Общие положения

1.1. Положение о порядке получения квалификационных категорий определяет порядок получения квалификационных категорий специалистами с высшим и средним профессиональным образованием, работающими в системе здравоохранения Российской Федерации.

1.2. При получении квалификационной категории оцениваются профессиональная квалификация, компетентность, а также способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью.

1.3. **Квалификация специалиста** определяется по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей.

1.4. Специалист может получить квалификационную категорию по специальностям, соответствующим как основной, так и совмещаемой должностям.

1.5. Квалификационная категория действительна в течение пяти лет со дня издания приказа о ее присвоении.

1.6. Контроль за соблюдением настоящего положения осуществляют: Министерство здравоохранения Российской Федерации, органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, другие министерства и ведомства.

II. Порядок получения квалификационных категорий

2.1. Специалисты, изъявившие желание получить квалификационную категорию, подают в аттестационную комиссию заявление, заполненный аттестационный лист (приложение N1) и отчет о работе за последние три года - для специалистов с высшим профессиональным образованием и за последний год - для работников со средним профессиональным образованием, утвержденный руководителем организации, в которой работает специалист.

2.2. За три месяца до окончания срока действия квалификационной категории специалист может подать в аттестационную комиссию заявление о подтверждении имеющейся квалификационной категории или получении более высокой.

2.3. **Специалист имеет право:**

- получить квалификационную категорию в аттестационной комиссии, созданной в соответствии с настоящим положением;
- ознакомиться с представленными на него в аттестационную комиссию документами;
- получить от руководителя разъяснение в письменном виде, в случае отказа

руководителя подписать отчет о работе;
- пройти повышение квалификации по специальности;
- обратиться с заявлением в Центральную аттестационную комиссию или орган, при котором создана аттестационная комиссия, в случае несогласия с решением аттестационной комиссии...

*ПИСЬМО
Минздрава РФ
от 13.11.01 № 2510/11568-01-32*

**О применении Положения о порядке
получения квалификационных категорий специалистами, работающими
в системе здравоохранения Российской Федерации
(извлечения)**

...Учитывая сложившуюся практику проведения аттестации на присвоение квалификационных категорий, целесообразно:

квалификационные категории присваивать специалистам, имеющим достаточный уровень теоретической подготовки и практических навыков, с учетом их соответствия квалификационным характеристикам специалистов и стажа работы по аттестуемой специальности:

вторая - не менее трех лет для специалистов с высшим и средним профессиональным образованием,

первая - не менее семи лет для специалистов с высшим профессиональным образованием и не менее пяти лет для специалистов со средним профессиональным образованием,

высшая - не менее десяти лет для специалистов с высшим профессиональным образованием и не менее семи лет для специалистов со средним профессиональным образованием;

в состав аттестационных комиссий включать специалистов учреждений здравоохранения, медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений, главных специалистов органов управления здравоохранением, представителей профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций...

...**специалистам**, работающим в системе здравоохранения Российской Федерации, квалификационные категории присваивать в соответствии с номенклатурами специальностей...

...**специалистам, имеющим ученую степень доктора наук** и занятым лечебно-профилактической работой, заочно присваивать (подтверждать) квалификационные категории при представлении ими в аттестационную комиссию документов в соответствии с Положением;

предоставлять возможность подтвердить или получить более высокую квалификационную категорию специалистам, обучающимся в клинической ординатуре, аспирантуре и докторантуре, в случае окончания срока ее действия во время обучения;

при переходе специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием **на должности руководителей органов и учреждений здравоохранения**, в течение первых трех лет работы на руководящих должностях сохранять имеющиеся у них квалификационные категории;

в соответствии с приказом Минздрава России от 15.10.99 N 377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» в случае уважительной

причины (временная нетрудоспособность, командировка и др.) по представлению руководителя срок переаттестации специалиста переносить на три месяца по решению аттестационной комиссии;

на основании статьи 167 Кодекса законов о труде Российской Федерации женщинам, находящимся в отпуске по беременности и родам, матерям и их ближайшим родственникам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, сохраняется стаж работы по специальности. Целесообразно также сохранять и имеющуюся у них квалификационную категорию. В течение одного года после выхода на работу они могут ее подтвердить с представлением отчета о работе по специальности за указанный период (*примечание: Кодекс законов о труде РФ утратил силу с 1 февраля 2002 года в связи с принятием Трудового кодекса РФ от 30.12.2001 N 197-ФЗ. По вопросу предоставления отпуска по уходу за ребенком см. статью 256 Трудового кодекса РФ*);

при решении вопросов перехода медицинских и фармацевтических работников на практическую работу в учреждения здравоохранения с выборных должностей из органов законодательной власти, профсоюзных органов, общественно-профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций сохранить за ними в течение года ранее полученную квалификационную категорию. Для ее подтверждения указанные лица представляют отчет о работе по специальности за последний год работы на новом месте;

при установлении разряда оплаты труда работникам здравоохранения учитывать квалификационные категории, полученные специалистами в Российской Федерации;

при ликвидации учреждения здравоохранения или сокращения штатной численности, сохранять специалистам квалификационную категорию, срок действия которой истекает на момент их увольнения, в течение 1 года со дня увольнения. Указанные специалисты, а также специалисты, прибывшие из государств, бывших республик СССР, могут подтвердить имеющиеся у них квалификационные категории при представлении в аттестационную комиссию отчета за 1 год работы на новом месте;

при получении квалификационных категорий врачами, провизорами, средними медицинскими и фармацевтическими работниками, в том числе руководителями, другими специалистами с высшим и средним профессиональным образованием в стаж их работы по аттестуемой специальности засчитывать периоды работы:

- в учреждениях здравоохранения и организациях, независимо от организационно-правовых форм и ведомственной подчиненности, по специальности;

- на выборных должностях в органах законодательной власти, профсоюзных органах, общественно-профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциациях, но не более срока, предусмотренного статьей 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан для лиц, не работавших по своей специальности;

- в государствах, бывших республиках СССР; по контракту за рубежом в учреждениях и организациях, независимо от форм собственности, по специальности;

- научным работникам и профессорско-преподавательскому составу медицинских научных организаций и образовательных учреждений высшего профессионального образования, занятых лечебно-диагностической работой в порядке, предусмотренном постановлением Совета Министров Правительства Российской Федерации от 08.10.93 N 1002 «О некоторых вопросах оплаты труда работников здравоохранения».

Кроме того, в стаж по аттестуемой специальности могут быть включены периоды: обучение в клинической ординатуре, аспирантуре и докторантуре по аттестуемой специальности; время, когда специалист не работал и был зарегистрирован на бирже труда как безработный; профессиональная подготовка (переподготовка) по направлению органов по труду и занятости; участие в оплачиваемых общественных работах с учетом времени, необходимого для переезда по направлению службы занятости в другую местность и для трудоустройства.

Управление кадров и Управление учебных заведений Минздравмедпрома России разъясняют ряд позиций **приказа Министерства от 19.12.94 г. N 286 «Об утверждении положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности»**, по которым наиболее часто возникают вопросы.

О сертификате специалиста

Сертификат специалиста - это соответствие государственному образовательному стандарту.

Сертификат специалиста выдается только лицам, имеющим диплом о высшем и (или) среднем медицинском или фармацевтическом образовании и документы о соответствующем послевузовском и (или) дополнительном образовании...

По среднему медицинскому, фармацевтическому, послевузовскому и дополнительному образованию государственными стандартами являются **типовые учебные планы и программы** для каждого вида подготовки специалиста, которые пересматриваются экспертными комиссиями с периодичностью в 5 лет.

Для проведения **квалифицированного экзамена** Министерством предусмотрены **тестовые программы** по врачебным специальностям, 39 из которых уже утверждены. По остальным специальностям номенклатуры программы находятся в стадии завершения. До их утверждения следует использовать **квалификационные характеристики специалистов**.

После завершения обучения в интернатуре, ординатуре, аспирантуре на основании результатов квалификационного экзамена выдаются соответствующее удостоверение и сертификат специалиста без дополнительного экзамена. Не выдержавшие экзамена получают только удостоверение об окончании соответствующего вида обучения и справку вместо сертификата.

Оценка, выставляемая в сертификате, по нашему мнению, должна свидетельствовать об уровне подготовленности специалиста, его стремлении к овладению определенными знаниями и навыками для самостоятельной деятельности, объеме этих знаний и умений. При подтверждении сертификата оценка не выставляется.

Документы (удостоверения об окончании интернатуры, ординатуры, аспирантуры, о прохождении специализации, повышении квалификации), выданные специалистам образовательными и научно-исследовательскими учреждениями до 01.01.95 г., имеют равную юридическую силу с сертификатом специалиста при условии, что срок со времени их выдачи не превышает пяти лет, т.к. сертификат специалиста подтверждается каждые пять лет. В последующем понятие **«повышение квалификации»** будет подразумевать циклы общего усовершенствования.

Сертификационные циклы могут проводиться институтами, академиями и факультетами усовершенствования врачей по заявкам территориальных органов здравоохранения по конкретным специальностям. В основном они будут проводиться по заочно-очной форме...

В случаях, когда **медицинский (фармацевтический) работник** по каким-либо причинам **не хочет получить в установленном порядке сертификат специалиста**, он **не имеет права работать на должностях, требующих сертификата**. Его трудоустройство осуществляется на должности, не относящиеся к категории специалистов.

Должности врача (провизора) - стажера могут замещать лица с медицинским или фармацевтическим образованием до сдачи квалификационного экзамена и получения сертификата.

Увольнение лиц, не имеющих сертификат, возможно по основаниям, предусмотренным КЗОТ РФ...

*ПРИКАЗ
Минздрава СССР
от 08.02.85 № 146*

О КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДРАХ И КУРСАХ

*Приложение N 2
к приказу МЗ СССР
от 08.02.85 N 146*

ПЕРЕЧЕНЬ КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДР И КУРСОВ ФАКУЛЬТЕТОВ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ И ИНСТИТУТОВ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

32. Реабилитации

48. Физиотерапии и курортологии, детской физиотерапии и курортологии

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 27.08.99 № 337*

О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации

(в ред. прик. Минздрава РФ от 06.02.01 N 31, от 02.04.01 N 98)

(извлечения)

*Приложение 1
к приказу Минздрава РФ
от 27.08.99 № 337*

НОМЕНКЛАТУРА (КЛАССИФИКАТОР) СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Основная специальность	Специальность, требующая углубленной подготовки
040108 лечебная физкультура и спортивная медицина (в ред. Приказа Минздрава РФ от 06.02.2001 N 31)	
040109 неврология	040109.01 (040123.01) мануальная терапия
	040109.02 рефлексотерапия

040115 психиатрия	040115.01 психотерапия
	040115.02 (040127.02) сексология
040123 травматология и ортопедия	040123.01 (040109.01) мануальная терапия
040124 физиотерапия	
040300 медико-профилактическое дело	

Примечания. 1. Подготовка специалистов по основным специальностям проводится через интернатуру (по специальностям, определяемым Минздравом России), ординатуру, аспирантуру.

2. Подготовка специалистов по специальностям, требующим углубленной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку, ординатуру, аспирантуру при наличии сертификата по соответствующей основной специальности.

3. Специалист, имеющий высшее медицинское, фармацевтическое образование, имеет право на подготовку и получение основной специальности либо специальности, требующей углубленной подготовки, только при наличии допуска к соответствующей должности.

*ПРИКАЗ
Минздрава СССР
от 25.09.91 № 271*

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ТРЕБОВАНИЙ
НА КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ КАТЕГОРИИ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ**
(извлечения)

*Приложение
к приказу Минздрава СССР
от 25 сентября 1991 г. N 271*

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ АТТЕСТАЦИИ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ
НА КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ КАТЕГОРИИ**

1.6. Врач-терапевт отделения гипербарической оксигенации

Высшая квалификационная категория

Врач-терапевт отделения гипербарической оксигенации (ГПО), претендующий на присвоение ему высшей квалификационной категории, должен владеть знаниями и умениями по следующим разделам:

Социальная гигиена и организация здравоохранения:

- законодательство о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; правовые вопросы;
- организация гипербарической помощи взрослому и детскому населению в стране, ...организация специализированной гипербарической помощи...
- организация работы лечебно-профилактических учреждений в районе (области, городе), взаимодействие в работе отдельных служб, ...принципы НОТ в работе;
- учетно-отчетная документация в деятельности отделений ГБО; статистические методы оценки, ...экономические аспекты деятельности больнично-поликлинических

- учреждений, оснащенных лечебными барокамерами;
- организационно-технические требования службы ГБО;
 - устройство и оснащение стационарных отделений ГБО; их профилирование, планировка и оборудование; оборудование блока и палат (отделений) интенсивной терапии и реанимации, других отделений и кабинетов ГБО...;
 - техника безопасности при эксплуатации кислородного оборудования и электрических установок;
 - права и функциональные обязанности врача отделений ГБО (зав. отделением ГБО);
 - оценка показателей работы отделения по основным нозологическим формам и синдромам, анализ осложнений, ...составление отчета о работе отделения;
 - составление текущего и перспективного плана работы отделения; структура и график личной работы и подчиненного персонала; формы и методы санитарно-просветительной работы; чтение лекций по санитарно-просветительной тематике.

По специальности:

- физико-химическое действие газа под повышенным давлением на организм человека; патологические реакции организма, связанные с пребыванием под повышенным давлением;
- кислород и его роль в биологических процессах; гипербарический кислород как фармакологический агент; понятие о дозе гипербарического кислорода; гипербарическая фармакология;
- современные представления о механизмах метаболического воздействия ГБО на организм;
 - декомпрессивная болезнь, ее профилактика и лечение;
 - показания и противопоказания к ГБО по данным современной литературы;
 - ГБО в реаниматологии, ...в токсикологии, при неотложных неврологических состояниях (ишемический инсульт, отек мозга); при тяжелой печеночной недостаточности; в кардиологии: при инфаркте миокарда, при аритмиях, при врожденных пороках сердца, при миокардитах, при миокардиопатиях; в пульмонологии (хронический бронхит, легочно-сердечная недостаточность)...

Консультирование:

- оказание экстренной выездной и лечебной помощи при тяжелых и диагностически неясных случаях, при массовых поражениях;
- консультации при организации новых отделений ГБО.

По своим знаниям и опыту он может быть использован в качестве заведующего крупным отделением ГБО или республиканским межобластным центром ГБО, а также в качестве главного специалиста отдела здравоохранения...

9. Врач-физиотерапевт

Высшая квалификационная категория

Врач-физиотерапевт, претендующий на присвоение ему высшей квалификационной категории, должен владеть знаниями и умениями по следующим разделам:

Социальная гигиена и организация здравоохранения:

- законодательство о здравоохранении, ...директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; правовые вопросы;
- организация физиотерапевтической службы и курортного дела в стране...
 - физиотерапевтическая помощь в учреждениях разного клинического профиля (кардиологического, пульмонологического, неврологического, гастроэнтерологического, нефрологического, травматологического и др.);
 - принципы организации физиотерапевтического обслуживания... на промышленных предприятиях; в учреждениях и подразделениях восстановительного лечения;

- отчетно-учетная документация в деятельности физиотерапевтических подразделений и учреждений; экономические аспекты деятельности...
- структура и оснащение физиотерапевтических отделений и кабинетов стационара и поликлиники, их профилирование, планировка и оборудование;
- права и функциональные обязанности физиотерапевта (зав. физиотерапевтическим отделением) в стационаре, поликлинике, санатории;
- оценка показателей работы физиотерапевтического отделения (кабинета), анализ этой деятельности, ...меры по улучшению физиотерапевтического обслуживания; составление отчета о работе отделения, кабинета;
- составление текущего и перспективного планов работы...
- организация, формы и методы пропаганды санитарно-гигиенических знаний.

По специальности:

- аппаратура, применяемая в физиотерапии, ее технические возможности, техника проведения процедур и техника безопасности при работе с физиотерапевтической аппаратурой;
- механизмы действия физических факторов, влияние физических факторов на основные патологические процессы и функции разных органов и систем организма;
- показания и противопоказания к применению физических факторов...
- основные клинические симптомы и синдромы заболеваний, при которых используют методы физиотерапии;
- **принципы использования физических факторов для профилактики, лечения и реабилитации больных**, в том числе диспансерных групп;
- особенности течения заболеваний в детском возрасте и у пожилых, особенности лечения физиотерапевтическими факторами в этих возрастных группах;
- проведение следующих видов физиотерапевтических процедур:
гальванизация, лекарственный электрофорез; электросон; дидинамотерапия, амплипульстерапия, интерференцтерапия, флюктуоризация, электростимуляция, электродиагностика, дарсонвализация, надтональная терапия, индуктотермия, УВЧ-терапия, микроволновая терапия, магнитотерапия, франклинизация, аэроионотерапия, светолечение (инфракрасное, видимое, ультрафиолетовое излучение, лазеротерапия), ультразвуковая терапия, водолечение (ванны, души, кишечные промывания и др.), бальнеотерапия (минеральные воды; наружное и внутреннее применение), грязелечение, озокерито-парафинолечение, нафталанолечение, крио- и баротерапия, аэрозоли и электроаэрозольтерапия;
- основы санаторно-курортного отбора и лечения больных разных клинических профилей;
- участие в проведении диспансеризации больных, анализ ее эффективности.

Консультирование:

- в качестве консультанта проведение дифференцированного выбора методов и комплексов физиобальнеотерапии больных различного клинического профиля, направляемых на лечение физическими факторами.

Повышение квалификации и подготовка кадров:

- знание основных монографий по специальности, вышедших за последние 5 лет, умение дать оценку их основных положений;
- систематическое изучение публикаций по специальности в периодической печати;
- активное участие в работе научного общества;
- систематическое (не реже 1 раза в 5 лет) повышение квалификации на циклах и курсах...
- проведение занятий с врачами, проходящими интернатуру и стажировку, подготовка их к сдаче аттестационного экзамена; проведение занятий с медицинскими сестрами и другим медицинским персоналом.

По своим знаниям и опыту он может обеспечить руководство крупным отделением,

отделом, лабораторией учреждения здравоохранения (областного, краевого, республиканского) или быть использован в качестве главного специалиста по данной специальности отдела здравоохранения...

10. Врач по лечебной физкультуре и спорту

Высшая квалификационная категория

Врач по лечебной физкультуре и спорту, претендующий на присвоение ему высшей квалификационной категории, должен владеть знаниями и умениями по следующим разделам:

Социальная гигиена и организация здравоохранения:

- законодательство о здравоохранении, ... директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; правовые вопросы;
- организация лечебной физкультуры взрослого и детского населения в стране...
- организация работы лечебно-профилактических учреждений в районе (области, городе), взаимодействие в работе отдельных служб (отделений, кабинетов, лабораторий);
- организация работы врачебно-физкультурного диспансера, отделений лечебной физкультуры стационара, поликлиники, их профилирование, планировка, оснащение и оборудование; принципы НОТ в работе;
- права и функциональные обязанности врача лечебной физкультуры (зав. отделением и кабинетом лечебной физкультуры) в стационаре, поликлинике, диспансере...
- отчетно-учетная документация в деятельности врачебно-физкультурных диспансеров и отделений; статистические методы оценки этой деятельности, экономические аспекты;
- оценка показателей работы отделения (кабинета лечебной физкультуры) по основным нозологическим формам; анализ осложнений, ... меры профилактики; составление отчета о работе;
- составление текущего и перспективного планов работы отделения (кабинета лечебной физкультуры); структура и график личной работы и работы подчиненного персонала...

По специальности:

- этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение заболеваний, при которых показано применение лечебной физкультуры на различных этапах реабилитации больных;
- морфологические и функциональные изменения в организме при патологии, их причина, степень тяжести, вопросы компенсаторных возможностей организма, реабилитация;
- общие и функциональные методы исследования, инструментальные и специальные методы диагностики, показания и противопоказания к их применению;
- методы применения физических упражнений и других средств лечебной физкультуры;
- выбор оптимального сочетания лекарственных средств с лечебной физкультурой;
- показания и противопоказания к применению лечебной физкультуры, физиотерапии, диетотерапии, курортных факторов, их сочетанное применение;
- особенности течения заболеваний в детском возрасте и у пожилых, особенности лечения в этих возрастных группах;
- оценка прогноза заболевания, травмы; **определение плана физической реабилитации.**

В смежных областях:

- принципы оказания скорой и неотложной помощи при острых и угрожающих жизни состояниях, включая травму;
- основы физиотерапии, лечебного массажа, климатотерапии

Консультирование:

- определение показаний для назначения лечебной физкультуры, ее вида, применение в комплексе с другими лечебными факторами.

Повышение квалификации и подготовка кадров:

- знание основных монографий по специальности, вышедших за последние 5 лет, оценка их основных положений;

- активное участие в работе научного общества...

- систематическое (не реже 1 раза в 5 лет) повышение квалификации на циклах и курсах...

- проведение занятий с врачами, проходящими интернатуру и стажировку, подготовка их к сдаче аттестационного экзамена; проведение занятий с медицинскими сестрами и другим медицинским персоналом.

По своему опыту и знаниям может руководить крупным отделением лечебно-профилактического отделения (областного, краевого, республиканского), возглавлять врачебно-физкультурное учреждение (врачебно-физкультурный диспансер) или может быть использован в качестве главного специалиста по данной специальности отдела здравоохранения...

ПРИКАЗ

Минздрава СССР

от 21.07.88 № 579

**Об утверждении квалификационных характеристик
врачей специалистов**

(извлечения)

В целях определения профессиональной компетентности, объема знаний, практических умений и навыков врачей различных специальностей при их аттестации, прохождении обучения в системе постдипломной подготовки и самообразования...

приказ утвердил:

квалификационные характеристики по 86 врачебным должностям (приложение).

Приложение

к приказу Минздрава СССР

от 21 июля 1988 г. N 579

**СБОРНИК
КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК
ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ**

Введение

В настоящий сборник включены квалификационные характеристики врачей-специалистов по 86 врачебным должностям. Каждая из характеристик содержит требования к общим и специальным знаниям и умениям специалиста, список обязательной литературы.

Общими для всех врачей-специалистов являются требования к их личностным свойствам.

Врач-специалист должен быть подготовлен для самостоятельной профессиональной деятельности и выполнения **основных функций**: организационной, диагностической, консультативной, лечебной и профилактической. Он должен сочетать глубокую

теоретическую подготовку с практическими умениями, ответственно относиться к порученному делу, быть требовательным к себе и подчиненным, постоянно повышать свою профессиональную компетентность и уровень общей культуры, занимаясь непрерывным самообразованием...

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 19.08.97 № 249*

О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 19.01.1999 N 18, 06.02.2001 N 33)

(извлечения)

*Приложение N 1
к приказу Минздрава РФ
от 19.08.97 N 249*

НОМЕНКЛАТУРА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА

- 22. Физиотерапия.
- 23. Медицинский массаж.
- 24. Лечебная физкультура.
- 25. Диетология.

*Приложение N 3
к приказу Минздрава РФ
от 19.08.97 N 249*

ПОЛОЖЕНИЯ О СПЕЦИАЛИСТАХ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

XXII. СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: "ФИЗИОТЕРАПИЯ"

1. Общие положения

1.1. К профессиональной деятельности в качестве специалиста в области физиотерапии допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности "Сестринское дело" или среднее медицинское образование, диплом по специальностям "Сестринское дело", "Лечебное дело", "Акушерское дело" и сертификат по специальности "Физиотерапия".

1.2. Специалист в области физиотерапии используется на должностях, соответствующих специальности "Физиотерапия", назначается и увольняется с должности в соответствии с действующим законодательством.

1.3. В своей работе руководствуется законодательными, нормативными актами, официальными документами в области здравоохранения, приказами, указаниями и распоряжениями вышестоящих должностных лиц.

2. Обязанности

2.1. **Выполнение** профилактических, лечебных, **реабилитационных мероприятий**, назначаемых врачом в физиотерапевтическом отделении. Проведение физиотерапевтических процедур.

2.2. Подготовка физиотерапевтической аппаратуры к работе, контроль исправности, правильности эксплуатации, техники безопасности.

2.3. Текущий контроль за сохранностью и исправностью аппаратуры, своевременным ее ремонтом и списанием.

2.4. Подготовка пациентов к физиотерапевтическим процедурам, осуществление контроля за состоянием пациента во время проведения процедуры.

2.5. Соблюдение требований охраны труда, техники безопасности, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и аппаратуры, используемой для физиотерапевтических процедур.

2.6. Обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, выполнение требований инфекционного контроля в физиотерапевтическом отделении.

2.7. Своевременное и качественное ведение медицинской документации.

2.8. Обеспечение правильного хранения, учета использования лекарственных средств.

2.9. Соблюдение морально-правовых норм профессионального общения, выполнение требований трудовой дисциплины.

2.10. Проведение санитарно-просветительной работы.

2.11. Регулярное повышение квалификации.

2.12. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях.

3. Права

3.1. Получать информацию, необходимую для качественного выполнения функциональных обязанностей.

3.2. Вносить предложения руководству по совершенствованию качества медицинской помощи населению, улучшению организации труда.

3.3. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу физиотерапевтического отделения, контролировать объем и качество выполненной им работы, осуществлять контроль за работой техника по ремонту аппаратуры.

3.4. Принимать участие в работе совещаний, конференций, секций и медицинских ассоциаций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции.

3.5. Повышать свою квалификацию, аттестовываться на присвоение квалификационной категории.

4. Ответственность

Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

XXIII. СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: "МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ"

1. Общие положения

1.1. К профессиональной деятельности в качестве специалиста в области медицинского массажа допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности "Сестринское дело", или среднее медицинское образование, диплом по специальностям "Сестринское дело", "Лечебное дело", "Акушерское дело" и сертификат по специальности "Медицинский массаж".

1.2. Специалист в области медицинского массажа используется на должностях, соответствующих специальности "Медицинский массаж", назначается и увольняется с должности в соответствии с действующим законодательством.

1.3. В своей работе руководствуется законодательными, нормативными актами, официальными документами в области здравоохранения, приказами, указаниями и распоряжениями вышестоящих должностных лиц.

2. Обязанности

2.1. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к организации работы кабинета массажа и рабочего места массажиста.

2.2. Подготовка пациентов и массажиста к массажу, осуществление контроля за состоянием пациентов во время проведения процедур.

2.3. Проведение лечебного (классического), сегментарного, точечного, спортивного, гигиенического, косметического, аппаратного массажа, подводного душа-массажа.

2.4. Использование частных методик массажа при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы, внутренних органов, болезней обмена веществ, мочеполовой системы, кожи, в послеоперационный период восстановительного лечения в хирургии.

2.5. Использование методик массажа у детей, массажа и физических упражнений в раннем детском возрасте.

2.6. Соблюдение правил сочетания массажа с лечебной физкультурой, физиотерапевтическими процедурами, вытяжением, мануальной терапией.

2.7. Соблюдение требований охраны труда, техники безопасности, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и оснащения, используемого для занятий медицинским массажем.

2.8. Обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, выполнение требований инфекционного контроля в кабинете массажа.

2.9. Своевременное и качественное ведение медицинской документации.

2.10. Соблюдение морально-правовых норм профессионального общения, выполнение требований трудовой дисциплины.

2.11. Проведение санитарно-просветительной работы.

2.12. Регулярное повышение квалификации.

2.13. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях.

3. Права

3.1. Получать информацию, необходимую для качественного выполнения функциональных обязанностей.

3.2. Вносить предложения руководству по совершенствованию качества медицинской помощи населению, улучшению организации труда.

3.3. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу кабинета массажа, контролировать объем и качество выполненной им работы, осуществлять контроль за работой техника по ремонту аппаратуры.

3.4. Принимать участие в работе совещаний, конференций, секций, медицинских ассоциаций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции.

3.5. Повышать свою квалификацию, аттестовываться на присвоение квалификационной категории.

4. Ответственность

Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

*ПОСТАНОВЛЕНИЕ
Минтруда и соцразвития РФ
от 05.04.00 № 28*

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РАЗРЯДОВ ОПЛАТЫ ТРУДА И ТАРИФНО -
КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПО ДОЛЖНОСТЯМ РАБОТНИКОВ
УЧРЕЖДЕНИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ И ОТДЕЛЬНЫМ ДОЛЖНОСТЯМ РАБОТНИКОВ БЮДЖЕТНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*(в ред. Постановления Минтруда РФ от 02.07.2001 N 54)
(извлечения)*

*Приложение N 2
к Постановлению Минтруда
и социального развития РФ
от 5 апреля 2000 г. N 28*

**ТАРИФНО-КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ПО ДОЛЖНОСТЯМ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ОТДЕЛЬНЫМ
ДОЛЖНОСТЯМ РАБОТНИКОВ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(в ред. Постановления Минтруда РФ от 02.07.2001 N 54)

Общие положения

1. Настоящие тарифно-квалификационные характеристики призваны способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями, специалистами, а также обеспечению единства в определении должностных обязанностей этих категорий работников и предъявляемых к ним квалификационных требований по разрядам оплаты.

2. Тарифно-квалификационные характеристики должностей заместителей руководителей не разрабатывались, поскольку их должностные обязанности, требования к знаниям и квалификации определяются на основе тарифно-квалификационных характеристик должностей соответствующих руководителей.

Руководитель реабилитационного учреждения

14 - 18 разряды
(в ред. Постановления Минтруда РФ от 02.07.2001 N 54)

Должностные обязанности. Осуществляет организационное и методическое руководство реабилитационным учреждением (далее учреждением) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими деятельность государственной службы реабилитации инвалидов. В пределах своих полномочий представляет государственную службу реабилитации инвалидов в органах государственной власти, судебно-следственных органах, организациях. Утверждает структуру, штатное расписание, должностные инструкции работников учреждения, определяет им ставки заработной платы (должностные оклады) на основе ЕТС в соответствии с требованиями к

квалификации по разрядам оплаты, а также виды и размеры надбавок, доплат и других дополнительных выплат стимулирующего характера в пределах выделяемых средств на оплату труда.

Взаимодействует в своей деятельности с иными учреждениями, осуществляющими реабилитацию инвалидов, а также общественными объединениями инвалидов. Организует работу по детализации и конкретизации ИПРИ, составлению планов и программ проведения реабилитационных мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Организует в учреждении проведение динамического контроля за процессом реабилитации признанных инвалидами граждан. Обеспечивает оказание консультативной и методической помощи по вопросам реабилитации инвалидов общественным, государственным и иным организациям, а также отдельным гражданам. Внедряет прогрессивные формы и методы работы.

Должен знать: основные положения законодательства о труде и охране труда РФ; федеральные законы, законы субъекта РФ (в ведении которого находится учреждение), указы Президента РФ, постановления Правительства РФ и иные нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность органов социальной защиты населения, государственной службы реабилитации инвалидов; формы организационной работы в здравоохранении, обязательном медицинском и социальном страховании, бюджетно-страховой медицине; принципы и методы проведения медицинской, профессиональной и социальной реабилитации; методы определения реабилитационного потенциала и составления реабилитационного прогноза; порядок разработки и реализации ИПРИ; порядок заключения и исполнения договоров; порядок направления на переподготовку и повышение квалификации работников учреждения; порядок ведения и хранения учетно-отчетной документации при осуществлении реабилитации инвалидов; правила трудового внутреннего распорядка; правила производственной санитарии и противопожарной защиты...

II. Специалисты

ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

(в ред. Постановления Минтруда РФ от 02.07.2001 N 54)

11 - 15 разряды

(в ред. Постановления Минтруда РФ от 02.07.2001 N 54)

Должностные обязанности. Осуществляет медико-социальную экспертизу. Устанавливает в составе специалистов, принимающих экспертное решение, факт наличия инвалидности, причину и сроки наступления инвалидности, степень выраженности ограничений жизнедеятельности и нуждаемость в мерах реабилитации. Вносит предложения в составление ИПРИ. Осуществляет контроль за реализацией ИПРИ в специализированных учреждениях. Принимает участие в комплексных работах по изучению причин инвалидности, составлению программ профилактики инвалидности, анализу работы учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы, в подготовке статистических сведений по этой тематике. Оказывает консультативную помощь по вопросам медико-социальной экспертизы работникам учреждений здравоохранения, органов социальной защиты населения, отдельным гражданам.

Должен знать: федеральные законы, постановления Правительства РФ, законы субъекта РФ (в ведении которого находится учреждение) и иные нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность государственной службы медико-социальной экспертизы; Федеральный закон "Об охране здоровья граждан"; теоретические знания по избранной специальности, по организационной, диагностической, консультативной, лечебной, профилактической работе; методические рекомендации по вопросам определения инвалидности, причин инвалидности, сроков установления и степени утраты

профессиональной трудоспособности (в процентах), по оценке ограничений жизнедеятельности, реабилитационных возможностей инвалида, составлению ИПРИ; формы организационной работы в здравоохранении; современные методы клинической диагностики и лечения, оценки результатов общих и специальных инструментальных методов исследования; порядок ведения экспертных документов; статистические методы анализа состояния инвалидности и реабилитации инвалидов; этику и деонтологию; правила трудового внутреннего распорядка; правила производственной санитарии и противопожарной защиты...

СПЕЦИАЛИСТ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

11 - 14 разряды

Должностные обязанности. Осуществляет проведение комплекса оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий по восстановлению и компенсации нарушенных функций организма. Устанавливает индивидуально конкретные формы, способы, используемые средства реабилитации, сроки и длительность проведения реабилитационных мероприятий. Определяет реабилитационный потенциал инвалида и составляет реабилитационный прогноз. Осуществляет динамический контроль за процессом реабилитации, оценивает ее эффективность. Принимает участие в составе комиссии в оценке результатов проведенных мероприятий по медико-социальной реабилитации, предусмотренных ИПРИ, при очередном освидетельствовании инвалидов, а также в процессе динамического наблюдения, в разработке комплексных программ медико-социальной реабилитации инвалидов. Координирует и анализирует всю работу по проведению реабилитации инвалидов другими специалистами, осуществляемую в учреждении, главном бюро, бюро. Консультирует работников органов социальной защиты населения по вопросам медико-социальной реабилитации. Составляет установленную отчетную документацию.

Должен знать: федеральные законы, законы субъектов РФ (в ведении которого находится учреждение), постановления Правительства РФ и иные нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность государственной службы медико-социальной экспертизы и государственной службы реабилитации инвалидов; основные положения законодательства о здравоохранении; формы организационной работы в здравоохранении; критерии оценки и показатели, характеризующие состояние здоровья населения; инструкции и методические рекомендации вышестоящих органов по определению причин инвалидности, составлению форм ведомственного статистического наблюдения за деятельностью учреждений медико-социальной экспертизы, сроков установления степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), по оценке ограничений жизнедеятельности, реабилитационных возможностей инвалида, составлению ИПРИ; порядок составления реабилитационного прогноза; порядок разработки и реализации ИПРИ; формы и методы проведения медицинской реабилитации (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и т.д.), профессиональной и социальной реабилитации инвалидов; отечественный и зарубежный опыт работы по медико-социальной реабилитации инвалидов; этику и деонтологию; правила трудового внутреннего распорядка; правила техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

**О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ**
(извлечения)

Приложение N 12
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава России
от 20.08.01 N 337

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ВРАЧА ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ**

1. На должность врача по лечебной физкультуре принимается специалист с высшим медицинским образованием по специальности "лечебное дело" или "педиатрия", освоивший программу подготовки по лечебной физкультуре в соответствии с квалификационными требованиями и получивший сертификат специалиста.

2. Врач по лечебной физкультуре осуществляет свою деятельность в отделении (кабинете) лечебной физкультуры врачебно физкультурных диспансеров или иных лечебно-профилактических учреждений независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

3. Врач по лечебной физкультуре в своей работе руководствуется законодательством РФ.

4. Врач по лечебной физкультуре подчиняется заведующему отделением (кабинетом) лечебной физкультуры.

5. Врач по лечебной физкультуре назначается на должность и освобождается от должности руководителем учреждения в соответствии с законодательством РФ.

6. Врач по лечебной физкультуре осуществляет свою деятельность путем:

- ведения лечебно-консультативного приема по вопросам применения методик лечебной физкультуры с целью восстановления или компенсации утраченных функций и осуществления контроля за их проведением и эффективностью;
- принятия **участия в разработке комплексных реабилитационных программ**, разработки схем и комплексов лечебной и гигиенической гимнастики, осуществления подбора физических упражнений и других средств лечебной физкультуры для проведения их в лечебно-профилактических учреждениях и самостоятельных занятий;
- освоения и внедрения в практику работы новых современных методик лечебной физкультуры;
- осуществления методического руководства, повышения квалификации в пределах компетенции и контроля за деятельностью инструкторов-методистов, инструкторов по лечебной физкультуре и медицинских сестер;
- проведения работы среди пациентов и всего населения по широкому использованию средств и методов физической культуры в целях сохранения и укрепления здоровья;
- анализа своей работы и работы подведомственных ему специалистов и внесения предложений по ее совершенствованию;

- повышения своей квалификации в установленном порядке;

- соблюдения правил техники безопасности и охраны труда и контроля за их выполнением подведомственным ему персоналом;
- внесения руководству предложений по вопросам совершенствования организации и методологии работы;
- участия в работе конференций, совещаний, съездов по профилю деятельности;

- обращения за получением информации, необходимой для выполнения своих обязанностей;
 - осуществления в пределах компетенции руководства подведомственным ему персоналом.
7. Врач по лечебной физкультуре ведет необходимую учетную и отчетную документацию и представляет отчет в установленном порядке.

*Приложение N 13
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава России
от 20.08.01 N 337*

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ВРАЧА ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

1. На должность врача по спортивной медицине принимается специалист с высшим медицинским образованием по специальности "лечебное дело" или "педиатрия", освоивший программу подготовки по спортивной медицине в соответствии с квалификационными требованиями и получивший сертификат специалиста.
2. Врач по спортивной медицине осуществляет свою деятельность в отделении (кабинете) спортивной медицины врачебно физкультурных диспансеров или иных лечебно-профилактических учреждений и спортивных организаций независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.
3. Врач по спортивной медицине в своей работе руководствуется законодательством РФ.
4. Врач по спортивной медицине подчиняется заведующему отделением (кабинетом) спортивной медицины или руководителю организации.
5. Врач по спортивной медицине назначается на должность и освобождается от должности руководителем организации в соответствии с законодательством РФ.
6. Врач по спортивной медицине осуществляет свою деятельность путем:
 - организации и осуществления медицинского обеспечения лиц, занимающихся различными видами спорта и физической культурой;
 - проведения углубленного медицинского обследования спортсменов сборных команд России и их ближайшего резерва, медицинского обследования лиц, занимающихся массовыми видами спорта и физической культурой, текущих и этапных обследований, определения допуска к занятиям и соревнованиям;
 - изучения и анализа отклонений в состоянии здоровья, уровня и причин заболеваемости и спортивного травматизма среди лиц, занимающихся спортом и физической культурой, разработки и реализации мер по их профилактике и лечению;
 - организации и проведения лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению и повышению спортивной работоспособности и реабилитации после перенесенных травм и заболеваний;
 - осуществления медицинского обеспечения спортивно-массовых мероприятий, учебно-тренировочных сборов и соревнований;
 - разработки и осуществления мер по профилактике спортивного травматизма;
 - проведения экспертных осмотров лиц различных возрастных групп, занимающихся физической культурой и спортом с целью раннего выявления заболеваний, оценки уровня физического развития и функционального состояния...
 - изучения эффективности влияния занятий физической культурой и спортом, туризмом, закаливанием...
 - **внедрения новых современных методов** диагностики, лечения и **реабилитации** лиц, занимающихся спортом и физкультурой;
 - участия в проведении санитарно-гигиенического контроля за спортивными

сооружениями при проведении массовых спортивно физкультурных мероприятий...

7. Врач по спортивной медицине ведет необходимую учетную и отчетную документацию и представляет отчет о деятельности в установленном порядке.

*Приложение N 14
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава России
от 20.08.01 N 337*

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ИНСТРУКТОРА-МЕТОДИСТА ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ

1. На должность инструктора-методиста по лечебной физкультуре принимается специалист с высшим физкультурным образованием, освоивший программу подготовки по лечебной физкультуре в соответствии с квалификационными требованиями и получивший сертификат специалиста.

2. Инструктор-методист по лечебной физкультуре в своей работе руководствуется законодательством РФ.

3. Инструктор-методист по лечебной физкультуре подчиняется заведующему отделением (кабинетом) лечебной физкультуры, а при его отсутствии - врачу по лечебной физкультуре.

4. Инструктор-методист по лечебной физкультуре назначается на должность и освобождается от должности руководителем учреждения в соответствии с законодательством РФ.

5. Инструктор-методист по лечебной физкультуре осуществляет свою деятельность путем:

- проведения групповых и индивидуальных занятий по лечебной физкультуре по назначению врача, осуществления консультаций по самостоятельному применению методик лечебной физкультуры пациентами вне медицинского учреждения;

- разработки схем и комплексов лечебной и гигиенической гимнастики, осуществления подбора физических упражнений и других средств лечебной физкультуры для проведения их в лечебно профилактических учреждениях и самостоятельных занятий;

- обеспечения контроля за состоянием больного на всех этапах проведения занятий лечебной гимнастикой;

- освоения и внедрения в практику работы новых современных методик лечебной физкультуры (под руководством врача по лечебной физкультуре);

- осуществления методического руководства, повышения квалификации в пределах компетенции и контроля за деятельностью инструкторов по лечебной физкультуре и медицинских сестер;

- обеспечения подготовки спортивного инвентаря и помещений для занятий лечебной физкультурой;

- осуществления совместно с врачом по лечебной физкультуре и старшей медицинской сестрой отделения контроля за санитарно гигиеническим состоянием мест проведения занятий;

- проведения работы среди пациентов и всего населения по широкому использованию средств и методов физической культуры в целях сохранения и укрепления здоровья;

- анализа своей работы и работы подведомственных ему специалистов со средним образованием;

- подготовки ежемесячных отчетов о своей работе и участия в подготовке отчета отделения;

- повышения своей квалификации в установленном порядке;

- соблюдения правил техники безопасности и охраны труда и контроля за их выполнением средним и младшим персоналом;

- внесения руководству предложений по вопросам совершенствования организации и методологии работы;
- участия в работе конференций, совещаний, съездов по профилю деятельности;
- обращения за получением информации, необходимой для выполнения своих обязанностей;
- осуществления в пределах компетенции руководства средним и младшим персоналом отделения.

*Приложение N 16
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава России
от 20.08.01 N 337*

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО МАССАЖУ

1. На должность медицинской сестры по массажу принимается специалист со средним медицинским или физкультурным образованием, прошедший специальную подготовку по лечебному массажу в соответствии с квалификационными требованиями и получивший сертификат специалиста.

2. Медицинская сестра по массажу в своей работе руководствуется законодательством РФ.

3. Медицинская сестра по массажу в своей работе подчиняется заведующему отделением (кабинетом) лечебной физкультуры, работает под руководством врача по лечебной физкультуре и старшей медицинской сестры.

4. Медицинская сестра по массажу назначается на должность и освобождается от должности руководителем учреждения в соответствии с законодательством РФ.

5. Медицинская сестра по массажу осуществляет свою деятельность путем:

- выполнения процедур по лечебному массажу по назначению врача;
 - обеспечения контроля за состоянием больного на всех этапах проведения лечебного массажа;
 - осуществления ознакомления больных с правилами приема процедуры и соблюдением режима после ее окончания;
 - освоения и внедрения в практику работы новых современных методик лечебного массажа под руководством врача по лечебной физкультуре;
 - осуществления обучения населения методике проведения самомассажа;
 - осуществления в пределах компетенции контроля за санитарно гигиеническим состоянием мест проведения занятий и сохранностью инвентаря;
 - проведения работы среди пациентов и всего населения по широкому использованию средств и методов физической культуры в целях сохранения и укрепления здоровья;
 - обеспечения надлежащего состояния аптечки и оказания неотложной доврачебной помощи;
 - повышения своей квалификации в установленном порядке;
 - соблюдения правил техники безопасности и охраны труда;
 - внесения руководству предложений по вопросам совершенствования организации работы;
 - участия в работе конференций, совещаний, по профилю деятельности.
6. Медицинская сестра по массажу ведет учетную и отчетную документацию.

*Приложение N 17
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава России*

**РАСЧЕТНЫЕ НОРМЫ НАГРУЗКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ
И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ**

1. ВРАЧ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
(из расчета времени на одно посещение)

- | | |
|--|---------|
| 1.1. Проведение углубленного
медицинского обследования | 50 мин. |
| 1.2. Проведение этапного и
текущего медицинского обследования | 25 мин. |
| 1.3. Прочие виды обращений | 10 мин. |

**2. ВРАЧ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ,
ИНСТРУКТОР - МЕТОДИСТ ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ,
ИНСТРУКТОР ПО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ**
(из расчета времени на одно посещение и количества
условных единиц на одну процедуру взрослым и детям)

1	2	3	4
N п/п	Наименование процедур	Время (мин.)	Количество условных единиц на выполнение процедуры
1.	Консультативный прием	20	
2.	Проведение врачебно - педагогического контроля	60	
3.	Проведение процедур лечебной гимнастики:		
3.1.	Для терапевтических больных:		
	при остром или обострении хронического заболевания и постельном режиме;	15	1,5
	- в период выздоровления или хронического течения заболевания при индивидуальном методе лечения;	25	2,5
	- при групповом методе занятий	35	3,5
3.2.	Для больных после хирургических операций:		
	- при индивидуальном методе занятий;	15	1,5
	- при групповом методе занятий	20	2,0
3.3.	Для травматологических больных в период иммобилизации:		
	- при индивидуальном методе занятий;	15	1,5
	- при групповом методе занятий;	25	2,5
	При травмах позвоночника и таза после иммобилизации (индивидуальные занятия)	25	2,5
	При травмах позвоночника и таза после иммобилизации (групповые занятия)	35	3,5
	При травмах позвоночника (индивидуальные		

	занятия)	35	3,5
	- при травмах позвоночника (групповые занятия)	45	4,5
	- при травмах позвоночника с поражением спинного мозга	60	6,0
3.4.	Для неврологических больных:		
	- при индивидуальном методе занятий	30	3,0
	- при групповом методе занятий	45	4,5
3.5.	Для беременных и рожениц:		
	- при индивидуальном методе занятий	15	1,5
	- при групповом методе занятий	30	3,0
4.6.	Для детей школьного возраста:		
	- при индивидуальном методе занятий	30	3,0
	- при групповом методе занятий	45	4,5
3.7.	Для детей дошкольного возраста:		
	- при индивидуальном методе занятий	25	2,5
	- при групповом методе занятий	30	3,0
3.8.	Процедуры механотерапии (занятия в тренажерном зале) на одну область (один сустав)	15	1,5
3.9.	Процедуры трудотерапии:	30	3,0
3.10.	Лечебное плавание, лечебная гимнастика в воде:		
	- при индивидуальном методе занятий	30	3,0
	- при групповом методе занятий	45	4,5

Примечание к п. 2:

1. За одну условную единицу принято время проведения процедур лечебной физкультуры в течение 10 мин;

2. Время перехода (переезда) для выполнения процедур вне кабинета учитывается в условных единицах по фактическим затратам времени;

3. На оформление документации, учет эффективности занятий лечебной физкультурой, составление комплексов лечебной физкультуры врачу и инструктору - методисту отводится 2 часа в течение рабочего дня, инструктору - один час;

4. Нагрузка инструктора-методиста в день составляет при 6,5 часовом рабочем дне и шестидневной рабочей неделе - 27 ед., инструктора - 33 ед.;

5. Больным с повреждением позвоночника, спинного мозга, последствиями инсульта в состоянии средней тяжести процедуру лечебной физкультуры проводят два специалиста одновременно.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПО МАССАЖУ

(из расчета условных единиц на одну процедуру взрослым и детям)

Наименование процедуры	Количество условных единиц
Массаж головы (лобно-височной и затылочно-теменной области)	1,0
Массаж лица (лобной, окологлазничной, верхне- и нижнечелюстной области)	1,0
Массаж шеи	1,0
Массаж воротниковой зоны (задней поверхности шеи,	

спины до уровня IV грудного позвонка, передней поверхности грудной клетки до II ребра)	1,5
Массаж верхней конечности	1,5
Массаж верхней конечности, надплечья и области лопатки	2,0
Массаж плечевого сустава (верхней трети плеча, области плечевого сустава и надплечья одноименной стороны)	1,0
Массаж локтевого сустава (верхней трети предплечья, области локтевого сустава и нижней трети плеча)	1,0
Массаж лучезапястного сустава (проксимального отдела кисти, области лучезапястного сустава и предплечья)	1,0
Массаж кисти и предплечья	1,0
Массаж области грудной клетки (области передней поверхности грудной клетки от передних границ надплечья до реберных дуг и области спины от VII до I поясничного позвонка)	2,5
Массаж спины (от VIII шейного до I поясничного позвонка и от левой до правой средней подмышечной линии, у детей - включая пояснично-крестцовую область)	1,5
Массаж мышц передней брюшной стенки	1,0
Массаж пояснично-крестцовой области (от I поясничного позвонка до нижних ягодичных складок)	1,0
Сегментарный массаж пояснично - крестцовой области	1,5
Массаж спины и поясничной области (от VII шейного позвонка до основания крестца и от левой до правой средней подмышечной линии)	2,0
Массаж шейно - грудного отдела позвоночника (задней поверхности шеи и спины до I поясничного позвонка от левой до правой задней подмышечной линии)	2,0
Сегментарный массаж шейно - грудного отдела позвоночника	3,0
Массаж области позвоночника (задней поверхности шеи, спины и пояснично-крестцовой области от левой до правой задней подмышечной линии)	2,5
Массаж нижней конечности	1,5
Массаж нижней конечности и поясницы (области стопы, голени, бедра, ягодичной и пояснично-крестцовой области)	2,0
Массаж тазобедренного сустава и ягодичной области (одноименной стороны)	1,0
Массаж коленного сустава (верхней трети голени, области коленного сустава и нижней трети бедра)	1,0
Массаж голеностопного сустава (проксимального отдела стопы, области голеностопного сустава и нижней трети голени)	1,0
Массаж стопы и голени	1,0
Общий массаж (у детей грудного и младшего школьного возраста)	3,0

Примечание к п. 3

Нагрузка медицинской сестры по массажу при 6,5 часовом рабочем дне и шестидневной рабочей неделе составляет в день - 30 ед.

О ВРАЧЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

*По заключению Минюста РФ от 1 августа 2003 г. N 07/7971-АК настоящий приказ
не нуждается в государственной регистрации.
(извлечения)*

*Приложение
к приказу Минздрава РФ
от 01.07.03. N 297*

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

1. Профессиональную деятельность в должности врача восстановительной медицины могут осуществлять специалисты с высшим медицинским образованием по специальностям "лечебное дело" или "педиатрия", окончившие интернатуру, клиническую ординатуру или аспирантуру по специальности "восстановительная медицина", а также врачи-специалисты, прошедшие в соответствии с утвержденными планами и программами профессиональную переподготовку по специальности "восстановительная медицина" и получившие сертификат специалиста по этой специальности.

2. Врач восстановительной медицины осуществляет профессиональную деятельность в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

3. Врач восстановительной медицины в своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России и настоящим положением.

4. Врач восстановительной медицины:

- определяет программу комплексного обследования в целях оценки функционального состояния человека, уровня его адаптивных возможностей, выявляет факторы риска развития заболеваний;

- оценивает состояние здоровья и устанавливает диагноз на основании результатов объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований;

- на основе имеющихся методических рекомендаций и пособий для врачей разрабатывает индивидуальные программы оздоровления и реабилитации, предусматривающие комплексное применение преимущественно не медикаментозных методов, направленных на повышение функциональных резервов здоровья человека, восстановление его оптимальной работоспособности, а при наличии выявленных заболеваний - на скорейшее выздоровление, предупреждение рецидивов заболевания и восстановление трудоспособности пациентов;

- назначает необходимые оздоровительные и реабилитационные процедуры (физиотерапия, ЛФК, массаж, рефлексотерапия и др.), выполняемые медицинским персоналом со средним профессиональным образованием;

- самостоятельно проводит врачебные манипуляции, предусмотренные программой подготовки врачей восстановительной медицины;

- участвует в профилактических скрининговых обследованиях населения и организованных контингентов, в том числе, работающих в экстремальных экологических и социально-психологических условиях, для диагностики преморбидных состояний с целью определения необходимости проведения профилактики или медицинской реабилитации на базе специализированных лечебно-профилактических учреждений;

- осуществляет консультативную работу по оценке целесообразности назначения оздоровительно-реабилитационных мероприятий, в том числе и санаторно-курортной помощи для лиц со сниженными функциональными резервами здоровья, а также для больных на этапах восстановительного лечения и вторичной профилактики;
- внедряет в практику новые оздоровительные и реабилитационные технологии;
- осуществляет контроль над состоянием используемой в оздоровительно-реабилитационных программах аппаратуры и соблюдением техники безопасности при проведении физиотерапевтических и других немедикаментозных методов в соответствии с требованиями отраслевых стандартов и прочих нормативных документов;
- организует и контролирует профилактическую работу;
- контролирует правильность выполнения диагностических и лечебно-профилактических процедур, эксплуатации инструментария, аппаратуры и оборудования, рационального использования расходных материалов, выполнение правил техники безопасности и охраны труда средним и младшим медицинским персоналом;
- отвечает за соответствие рабочего места врача восстановительной медицины, вверенного ему оборудования и оснащения установленным требованиям;
- соблюдает правила техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима при проведении исследований и осуществлении диагностических и лечебно-профилактических процедур;
- оформляет всю медицинскую документацию установленного образца в соответствии с требованиями Минздрава России;
- популяризирует здоровые сберегающие технологии, способы самооценки и самокоррекции состояния здоровья, современные методы диагностики, восстановительного лечения, профилактики и реабилитации.

5. Врач восстановительной медицины повышает свою квалификацию не реже одного раза в пять лет в образовательных медицинских учреждениях, учреждениях дополнительного профессионального образования; ...проходит аттестацию на получение квалификационной категории...

6. Врач восстановительной медицины принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях, состоит членом различных общественных и профессиональных организаций.

*ПРИКАЗ
Минздрава СССР
от 11.10.82 № 999*

**О ШТАТНЫХ НОРМАТИВАХ
МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА
ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ГОРОДАХ С
НАСЕЛЕНИЕМ СВЫШЕ 25 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК**

*(в ред. приказов Минздрава СССР от 10.01.83 N 16, от 30.05.86 N 770,
от 10.11.86 N 1470, от 29.09.89 N 555, от 05.05.99 N 154, от 16.10.01 N 371)
(извлечения)*

*Приложение N 1
к приказу Минздрава СССР
от 11.10.82 № 999*

**ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА
ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ГОРОДАХ
С НАСЕЛЕНИЕМ СВЫШЕ 25 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК**

**1. ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ГОРОДСКИХ
БОЛЬНИЦ (МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ СО СТАЦИОНАРАМИ)**

1.1. Врачебный персонал

1.1.8. **Должности врачей-физиотерапевтов** устанавливаются в зависимости от числа должностей врачей амбулаторного приема, полагающегося поликлинике:

- от 15 до 30 - 0,5 должности;
- свыше 30 до 50 - 1 должность;
- свыше 50 - 1 должность и дополнительно 0,5 должности на каждые последующие 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием (сверх 50).

1.1.9. **Должности врачей по лечебной физкультуре** устанавливаются из расчета 1 должность на 40 должностей врачей амбулаторного приема, полагающихся поликлинике.

1.2. Средний медицинский персонал

1.2.11. Должности медицинских сестер по физиотерапии устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тысяч условных физиотерапевтических единиц в год.

1.2.12. Должности медицинских сестер по массажу устанавливаются в штате физиотерапевтического отделения (кабинета):

1.2.12.1. Из расчета 1 должность на 10 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, и дополнительно 0,5 должности при наличии в поликлинике травматолого-ортопедического кабинета (отделения);

1.2.12.2. Для обеспечения дополнительной потребности отделения (кабинета) восстановительного лечения, организованного в поликлинике, - по штатным нормативам, предусмотренным для указанных отделений (кабинетов).

Однако общая численность должностей медицинских сестер по массажу, определенная в соответствии с п. 1.2.12.1. и настоящим пунктом, не может превышать их количества, определенного в зависимости от объема работы и действующих норм времени (нагрузки) по массажу.

1.2.13. Должности инструкторов по лечебной физкультуре устанавливаются:

1.2.13.1. Из расчета 1 должность на 40 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, и дополнительно 0,5 должности при наличии в составе поликлиники травматолого-ортопедического кабинета (отделения);

1.2.13.2. Для обеспечения дополнительной потребности отделения (кабинета) восстановительного лечения, организованного в поликлинике, - по штатным нормативам, предусмотренным для указанных отделений (кабинетов).

Однако численность этих должностей, определенная в соответствии с п. 1.2.13.1. и настоящим пунктом, не может превышать их количества, определенного в зависимости от объема работы и действующих норм времени на проведение занятий по лечебной физкультуре.

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ
ЦЕНТРОВ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ**
(извлечения)

*Приложение
к Постановлению
Минтруда России
от 27 июля 1999 г. N 29*

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ
СОЦИАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И
ИНВАЛИДОВ**

I. Общие положения

1.1. Социально-оздоровительный центр граждан пожилого возраста и инвалидов (далее - Центр) создается в целях проведения в стационарных условиях социально-оздоровительных и профилактических мероприятий для продления возможности самореализации гражданами пожилого возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) и инвалидами (далее - граждане), сохранившими способность к самообслуживанию и активному передвижению, своих жизненно важных потребностей путем укрепления здоровья, повышения физической активности, а также нормализации психического статуса...

4.1. Зачисление в Центр осуществляется на основании:

путевки (направления);

документа, удостоверяющего личность гражданина;

заключения лечебно-профилактического учреждения о состоянии здоровья, требуемых **санаторно-реабилитационных мероприятий** и отсутствии медицинских противопоказаний для помещения в Центр;

индивидуальной программы реабилитации инвалида, выданной учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы.

4.2. Граждане, проживающие в Центре, обеспечиваются жилым помещением, отдельным койко-местом, мебелью, постельными принадлежностями.

*Приложение
к Методическим рекомендациям...*

**ПРИМЕРНОЕ ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ
СОЦИАЛЬНО - ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ГРАЖДАН
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ**

Наименование должности	Количество штатных единиц		
	общая численность обслуживаемых лиц		
	от 50 до 100 чел.	от 100 до 200 чел.	свыше 200 чел.

1	2	3	4
Медицинская сестра физиокабинета	2,0	2,5	3,0
Инструктор по лечебной физкультуре	1,0	1,5	2,0
Медицинская сестра по массажу	1,0	2,0	2,5

ГЛАВА 3

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 03.08.99 № 303*

О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА «ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ»

*Приложение
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава РФ
от 03.08.99 N 303*

СИСТЕМА НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ

ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 91500.09.0001-1999

01.02 ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Отраслевой классификатор ПВБ создан с целью нормативного обеспечения реализации Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Постановления Правительства Российской Федерации от 11.09.98 г. N 1096 "Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью".

ОСТ ПВБ разработан для решения следующих задач:

- нормативное обеспечение разработки, внедрения и оценки "Протоколов ведения больных" с различными заболеваниями;
- установление единых требований к порядку профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями;

01.03 ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем ОСТ ПВБ применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины и определения:

Протокол ведения больного Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации

Модель пациента Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи

02.02 Составление протокола

При разработке протоколов ведения больных эксперты используют требования, содержащиеся в соответствующих нормативных документах системы стандартизации в здравоохранении: Отраслевом классификаторе "Простые медицинские услуги", Классификаторе лекарственных средств Минздрава России, Государственном реестре лекарственных средств и др.

Выбирая ПМУ для внесения их в раздел обязательного ассортимента эксперты должны учитывать и отмечать следующие моменты:

Для дополнительных методов (уход, вспомогательные процедуры)

- наличие современных технологий выполнения пособий, относящихся к работе вспомогательного (сестринского) персонала, содержащихся в ОК ПМУ.

03.02 Требования протокола ведения больных

В этой главе выделяют следующие обязательные разделы:

- **Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации.**
- Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

03.02.07 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

В этом разделе отмечаются рекомендации по ограничению физических или иных нагрузок, дополнительные нагрузки, изменения в образе жизни пациента, которые могут существенным образом отразиться на течении заболевания, и которые должны быть рекомендованы пациенту. В случае отсутствия специальных рекомендаций в этом разделе должно быть указано, что назначения и ограничения (дополнительные рекомендации) режима труда, отдыха, лечения или реабилитации не предусмотрены.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 31.07.00 № 299*

**О введении в действие отраслевого стандарта
«Технологии выполнения простых медицинских услуг»
(извлечения)**

«При разработке **стандартов технологии выполнения простых медицинских услуг по профилактике, лечению и реабилитации** учитываются следующие характеристики:

- **действенность** – частота доказанных положительных эффектов, полученных в РКИ при определенных заболеваниях;
- **эффективность** – частота доказанных положительных результатов лечения при определенном заболевании в нерандомизированных когортах больных;
- **выборочность** – частота доказанных нулевых или отрицательных результатов при определенном заболевании;
- **терапевтическая ценность** – отношение эффективности к выборочности;
- **безопасность метода** – суммарная частота побочных эффектов и осложнений при применении данного метода лечения;
- **степень доступности** – отношение числа граждан страны, которые могут получить своевременно данную услугу к числу граждан, не могущих получить такую услугу;
- **ориентировочная стоимость метода** с учетом капитальных затрат, прямых и косвенных расходов;
- **оценка соотношения стоимость\эффективность** или иные экономические расчеты...»

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 10.04.01 № 113*

**О введении в действие
отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги
(извлечения)**

«В целях систематизации медицинских услуг в здравоохранении и совершенствования разработки отраслевых нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении» *приказом введен «в действие с 1 мая 2001 года отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги" (ОК ПМУ N 91500.09.0001-2001) (приложение)».*

*Приложение к приказу
Минздрава РФ
от 10.04.01 № 113*

**Система стандартизации в здравоохранении РФ
Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги»
91500.09.0001-2001**

01.03 Определения и сокращения

В настоящем отраслевом классификаторе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия. Для целей данного нормативного документа используются следующие термины и определения:

- **медицинская услуга** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

- **простая медицинская услуга** - далее неделимая услуга, выполняемая по формуле "пациент" + "специалист" = "один элемент профилактики, диагностики или лечения".
- **медицинская помощь** - комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

01.04 Общие принципы построения ОК ПМУ

ОК ПМУ является перечнем простых медицинских услуг развивающих группу 08 и подгруппу 081 Общероссийского классификатора услуг населению (ОК 002-93 - ОКУН).

ОК ПМУ представляет собой построенный по иерархической системе классификации систематизированный свод кодов и наименований простых медицинских услуг, применяемых при оказании медицинской помощи. Иерархия включает тип услуги, класс услуги и вид услуги. ОК ПМУ представляет собой открытую систему, элементы которой поддаются корректировке и дополнению, что особенно важно в условиях быстро развивающихся медицинских технологий.

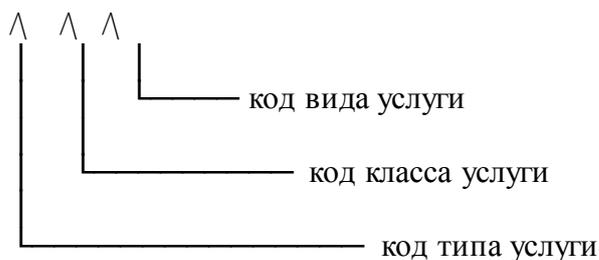
Система кодирования разработана таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих простых медицинских услуг в ОК ПМУ.

01.04.01 Кодировка простых медицинских услуг

В ОК ПМУ предусмотрена трехступенчатая иерархическая классификация. На каждой ступени классификация осуществляется по значимым классификационным признакам.

На первой ступени классификации располагают типы простых медицинских услуг, на второй - классы простых медицинских услуг, на третьей - виды простых медицинских услуг. Таким образом, каждая простая медицинская услуга имеет семизначный цифровой код следующей структуры:

XX . XX . XXX



При этом:

- код типа ОК ПМУ принимает значение от 01 до 99
- код класса ОК ПМУ принимает значение от 01 до 99
- код вида ОК ПМУ принимает значение от 001 до 999

В ОК ПМУ 25 типовых разделов, 31 классовый раздел, что делает достаточным порядковое значение этих кодов от 01 до 99.

...Разрядность типовых, классовых разделов и кода вида услуги позволяет вносить изменения и дополнения в ОК ПМУ без изменения существующей кодировки простых медицинских услуг.

01.04.02 Характеристика типовых разделов ОК ПМУ

Каждая простая медицинская услуга относится к типовому разделу. ОК ПМУ содержит 25 типовых разделов, которые представлены следующим перечнем:

01 Методы функционального обследования без использования приспособлений, приборов (физикальные исследования, включая сбор жалоб, анамнеза, перкуссию, пальпацию и аускультацию).

Раздел представляет собой перечень физикальных исследований, которые выполняются непосредственно медицинским работником. В классовых разделах этого типа зафиксированы услуги по сбору анамнеза, проведению визуального осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. При этом учитывалось, что перкуссия проводится без использования плессиметра, а аускультация может выполняться без применения стетофонендоскопа.

02 Методы функционального обследования с использованием простых приспособлений, приборов, не требующих специальных навыков и помощи ассистента.

Раздел представляет собой перечень простейших диагностических услуг, при проведении которых используются элементарные приборы: тонометрия, подсчет частоты пульса (часы), термометрия (термометр) и т.д. Существенным отличием от предыдущего раздела является невозможность выполнения методик, отнесенных к данному типу, без использования приборов и приспособлений...

13 Исследования и воздействия на сознание и психическую сферу.

В разделе содержатся услуги, используемые для исследования психических функций пациента и методы психотерапевтического воздействия...

15 Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия.

В разделе приводятся медицинские услуги, связанные с перевязками, иммобилизацией конечностей, наложением соответствующих бандажей и т.д., исключая оперативные пособия (раздел 16)...

17 Методы электромагнитного лечебного воздействия на органы и ткани.

Раздел содержит перечень методик, традиционно относящихся к физиотерапевтическим методам лечения...

19 Лечебная физкультура.

В разделе в системном порядке перечисляются методы лечебной физкультуры, применяемые при заболеваниях определенных органов и систем.

20 Лечение климатическими воздействиями (вода, воздух и др.).

В этом разделе содержатся сведения о бальнеолечении, применении минеральных вод, лечении в санаториях и др., применяемых при заболеваниях определенных органов и систем.

21 Лечение с помощью простых физических воздействий на пациента (массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия).

В разделе приводятся простые медицинские услуги, оказываемые массажистами, врачами - мануальными терапевтами.

22 Лечение с помощью лучевого (звукового, светового, ультрафиолетового, лазерного) воздействия.

В разделе содержится перечень методов лечения с помощью ультразвука, лазерного излучения, облучения видимым светом, ультрафиолетовым и инфракрасным спектром.

23 Отдельные методы диагностики и лечения, не обозначенные в других рубриках.

В этом разделе представлены методы диагностики и лечения, которые не обозначены в других рубриках, например подбор и очковая коррекция зрения.

24 Методы диагностики и лечения, основанные на тепловых эффектах.

В раздел включены методы тепловидения и терапевтические процедуры, использующие эффекты тепла.

25 Консервативные методы лечения, не обозначенные в других рубриках.

В этом разделе представлены простые медицинские услуги, связанные с назначением лекарственной, диетической терапии и лечебно-оздоровительного режима.

Система типовых разделов является открытой, предусматривающей включение, при необходимости, новых типов медицинских услуг.

01.04.04 Характеристика видовых разделов ОК ПМУ

В каждом классовом разделе ОК ПМУ перечисляются конкретные простые медицинские услуги. Основным принципом выделения и внесения в ОК ПМУ простой медицинской услуги являлось удовлетворение определению простой медицинской услуги, возможность описания технологии выполнения услуги.

Так как, например, не существует описания технологии выполнения услуги «Прием врача-терапевта участкового лечебно-диагностический, первичный амбулаторный». Этот прием разбивается на ряд конкретных простых медицинских услуг (сбор анамнеза, физикальное исследование, тонометрия, измерение частоты пульса и др.). В результате выполнения каждого элемента может быть сформулирована первичная диагностическая гипотеза.

Каждая из перечисленных простых медицинских услуг может иметь законченное диагностическое или лечебное значение, что полностью соответствует формуле простой медицинской услуги. Каждая простая медицинская услуга имеет четкое описание технологии выполнения, при этом допускается несколько способов (методик) выполнения услуги...

01.05 Использование ОК ПМУ

01.05.01 Разработка протоколов ведения больных

В процессе стандартизации медицинских услуг предусматривается формирование требований к условиям их выполнения, медицинским технологиям (протоколам ведения больных) и результатам (исходам), позволяющих объективизировать оценку качества оказания медицинской помощи. Протоколы ведения больных должны содержать перечни простых медицинских услуг, которые необходимо выполнить при обращении пациента с определенным заболеванием за медицинской помощью. Таким образом, ОК ПМУ является основой создания протоколов ведения больных.

01.05.02 Разработка нормативных документов по методикам выполнения медицинских услуг

Для каждой услуги предусматривается разработка стандартов технологии ее выполнения, в котором будут учитываться различные методики, в том числе выполняемые в педиатрической практике. Для каждой методики определяется набор приборов, расходного материала и реактивов. Таким образом, разработка нормативных документов по методикам выполнения простых медицинских услуг позволит создать перечни оснащения для их выполнения, с использованием зарегистрированных в России медицинских приборов и оборудования...

01.05.03 Разработка перечней оснащения рабочих мест, кабинетов специалистов, отделений и медицинских учреждений

Для разработки перечней оснащения рабочих мест, кабинетов специалистов, отделений и медицинских учреждений на первом этапе составляется стандартизированный перечень рабочих мест, кабинетов специалистов, отделений и

медицинских учреждений, для каждого элемента определяется его функциональное назначение. Функциональное назначение структурного подразделения медицинского учреждения - это перечень простых медицинских услуг, которые должны выполняться на данном рабочем месте, в кабинетах специалистов, отделениях соответствующего профиля и уровня, в медицинских учреждениях.

Основой создания перечней оснащения являются перечни оборудования, используемого при выполнении той или иной методики простой медицинской услуги.

01.05.04 Тарифы на простые медицинские услуги

Введение ОК СКМУ позволит оптимизировать подходы к расчетам тарифов на простые медицинские услуги. Для разработки тарифов на простые медицинские услуги могут использоваться различные подходы, среди них, базирующийся на учете затрат рабочего времени персонала. Рекомендуется проводить оценку стоимости с учетом возможных различий в методиках выполнения услуг. Пример представлен в Таблице N 1.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 16.07.01 № 268*

О введении в действие отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги (извлечения)

«В целях реализации Программы работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении (21 июля 1998 г.)» приказ ввел в действие «01.09.2001 отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (ОК N 91500.09. 0002-2001) (приложение)».

*Приложение
к приказу Минздрава РФ
от 16.07.01 № 268*

Система стандартизации в здравоохранении РФ Отраслевой классификатор "Сложные и комплексные медицинские услуги" 91500.09.0002-2001

1.3 Определения и сокращения

В настоящем ОК СКМУ применяются названия сложных и комплексных медицинских услуг в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Термины исключают их различную трактовку. Используются следующие термины и определения:

- **сложная медицинская услуга** - набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д., отвечающий формуле "пациент" + "комплекс простых услуг" = "этап профилактики, диагностики или лечения";
- **комплексная медицинская услуга** - набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле "пациент" +

"простые + сложные услуги" = "проведение профилактики, установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения";

- **прием (осмотр, консультация)** - производимые по определенному плану действия врача при возникновении у пациента потребности в медицинской помощи, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающие возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которых является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома;

- **диспансерный прием (осмотр, консультация)** - производимые по определенному плану действия врача в порядке проведения профилактики, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемые у больного, находящегося на диспансерном наблюдении у врача по поводу какого-либо хронического заболевания;

- **профилактический прием (осмотр, консультация)** - производимые по определенному плану приема, действия врача в рамках проведения превентивных или иных профилактических мероприятий, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемых у пациента;

- **процедуры сестринского ухода** - производимые по определенному плану действия медицинского персонала, имеющего диплом о среднем образовании, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, направленные на профилактику, диагностику или лечение определенного заболевания, синдрома;

- **комплекс исследований** - производимая по определенному плану совокупность действий медицинского персонала (работников лаборатории, рентгенологических, радиологических подразделений, подразделений функциональной диагностики и др.), представляющая собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемая или для установления диагноза, или для окончания проведения определенного этапа лечения, или для проведения профилактики.

1.4.2 Характеристика типовых разделов ОК СКМУ

Каждая сложная или комплексная медицинская услуга относится к типовому разделу. ОК СКМУ содержит 5 типовых разделов, которые представлены следующим перечнем:

01 Услуги врача лечебно-диагностические.

Раздел содержит перечень лечебно-диагностических услуг, формирующий этапы процесса оказания медицинской помощи

02 Услуги сестринского ухода.

Раздел содержит перечень медицинских услуг, выполняемых медицинским персоналом, имеющим диплом о среднем образовании, по уходу за пациентами.

03 Комплексные диагностические услуги (методы исследования: лабораторные, функциональные инструментальные, рентгенорадиологические и др.).

В этом разделе содержится перечень диагностических комплексов, включая лабораторные (исследование биологических жидкостей, морфологическое исследование тканей и т.д.), функциональные инструментальные (УЗ-исследования, электрокардиография, фонокардиография, использование волоконной оптики и т.д.), рентгенорадиологические, выполняемые на этапе диагностического поиска.

04 Медицинские услуги по профилактике.

Раздел содержит перечень услуг профилактической направленности, таких как диспансерное наблюдение, вакцинация, медицинские физкультурно-оздоровительные мероприятия.

05 Медицинские услуги по реабилитации.

В данном разделе содержится перечень услуг связанных с социальной и медицинской реабилитацией больных.

2 Отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги»

04 Медицинские услуги по профилактике

- 04.001.03 Школа для беременных
- 04.012.01 Школа для больных сахарным диабетом
- 04.014.03 Вакцинация
- 04.015.01 Школа для больных с артериальной гипертензией
- 04.015.02 Школа для больных с сердечной недостаточностью
- 04.025.01 Школа для больных, находящихся на хроническом гемодиализе
- 04.037.03 Школа для больных с бронхиальной астмой
- 04.040.01 Школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника

05 Медицинские услуги по реабилитации

- 05.015.01 Услуги по реабилитации больного, перенесшего острый инфаркт миокарда
- 05.018.01 Услуги по реабилитации больного, перенесшего колопроктологическую операцию
- 05.023.01 Услуги по реабилитации больного, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения
- 05.024.01 Услуги по реабилитации больного с переломом позвоночника
- 05.024.01 Услуги по реабилитации больного, перенесшего нейрохирургическую операцию
- 05.043.01 Услуги по реабилитации больного, перенесшего операцию на сердце и магистральных сосудах
- 05.049.01 Услуги по реабилитации больного, перенесшего операцию на легком
- 05.050.01 Услуги по реабилитации больного с деформацией нижних конечностей
- 05.050.02 Услуги по реабилитации больного перенесшего ампутацию конечности

ПИСЬМО

ГТК РФ

от 23.01.02 N 01-06/2672

О РАСПОРЯЖЕНИИ ГТК РОССИИ ОТ 06.11.2001 N 1031-Р (извлечения)

Приложение 1

**ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ИЛИ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ВВОЗ КОТОРЫХ НА ТАМОЖЕННУЮ ТЕРРИТОРИЮ РФ
ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ОБЛОЖЕНИЯ НАЛОГОМ НА ДОБАВЛЕННУЮ СТОИМОСТЬ
ТАМОЖЕННЫМ ОРГАНОМ, ПРОИЗВОДЯЩИМ ИХ ТАМОЖЕННОЕ ОФОРМЛЕНИЕ <1>**

N п/п	Код ТН ВЭД Рос-сии	Наименование товара
1	2	3
1.	из 6602 00 000 0 из 7326 из 9021 10 100 0	Технические средства, включая автотранспорт и материалы Трости, костыли, опоры (в том числе ходунки, ма-нежи, палки-опоры) <2>

	из 9403	
2.	из 8713 10 000 0 из 8713 90 000 0	Кресла-коляски и тележки для инвалидов (в том числе с ручным приводом, электроприводом, велоприводом, микропроцессорным управлением)
3.	из 8716 80 000 0 из 9402 90 000 0	Кресла-коляски и тележки для инвалидов (в том числе с ручным приводом, электроприводом, велоприводом, микропроцессорным управлением) <2>
4.	из 9021 40 000 0	Слуховые аппараты, включая имплантируемые
5.	из 4901 99 000 0 из 4911 99 000 0 из 8469	Книги со специальным шрифтом, машинки пишущие для печати по Брайлю <2>
6.	из 7326 из 7616 из 9021 из 9401 из 9402 из 9403 из 9404	Специальные средства для самообслуживания и ухода за инвалидами (в том числе подушки и матрацы профилактические, противопролежневые и ортопедические, кровати медицинские с подъемными приспособлениями, фиксаторами, стулья и кресла функциональные, на колесиках, со съёмными элементами, поручни, оборудование для подъема и перемещения, специальные приспособления для пользования средствами личной гигиены) <2>
7.	из 5703 из 5704 из 5705 00 из 7326 из 7616 из 8505 11 000 0 из 8505 19	Приспособления для захвата и передвижения предметов (в том числе держатели для посуды, ключей, инструмента, телефонной трубки, манжеты-держатели, противоскользкие и магнитные ленты, коврики, зажимы, крюки на длинной ручке, палки со щипцами и магнитами) <2>
8.	из 4421 из 8479 89 980 0 из 9606	Приспособления для одевания и раздевания (в том числе для застегивания пуговиц, для надевания и снятия предметов одежды, пуговицы специальные, стойка для надевания верхней одежды) <2>
		Протезно-ортопедические изделия
9.	из 3926 из 4016 из 4017 00 из 9021	Протезы (в том числе протезы верхних и нижних конечностей, глазные, ушные, носовые, неба, зубные, молочной железы, половых органов, комбинированные и лечебно-косметические) <2>
10.	из 3926 из 4016 из 4017 00 из 6117 80 из 6212 из 9021	Ортезы (в том числе аппараты ортопедические верхних и нижних конечностей, реклинаторы, корсеты, obturatory, бандажи, бюстгальтеры, полуграции и грации для протезирования молочной железы, тьютора, корригирующие приспособления для верхних и нижних конечностей) <2>

<1> Для целей применения настоящего перечня необходимо пользоваться как кодом товара по ТН ВЭД России, так и наименованием товара.

<2> Освобождение от обложения налогом на добавленную стоимость данных товаров предоставлять при условии представления в таможенный орган, производящий таможенное оформление, подтверждения Министерства труда и социального развития Российской Федерации их целевого назначения.

ГЛАВА 4

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 09.12.99 № 438*

Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях (извлечения)

«Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года N 1387, одним из основных направлений совершенствования определено внедрение малозатратных технологий и **развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению...**

*Приложение
к приказу Минздрава РФ
от 09.12.99 № 438*

Положение об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактических учреждениях

1. Общие положения

1.1. **Дневной стационар** является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и **предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным**, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных...

1.3. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем ЛПУ, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения...

1.4. Дневной стационар может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

1.5. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки или перевода в ЛПУ утверждаются руководителем ЛПУ.

1.6. Режим работы дневного стационара определяется руководителем ЛПУ с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий, как правило, в 2 смены.

1.7. Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.8. Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации самостоятельно.

1.9. В дневном стационаре ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация.

1.10. Контроль за деятельностью дневного стационара осуществляет руководитель ЛПУ и (или) заместитель по медицинской части и клинико-экспертная комиссия ЛПУ.

1.11. Организация и ликвидация дневного стационара осуществляется по решению руководителя ЛПУ по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением.

2. Цель и функции

2.1. Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности ЛПУ на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, **лечения и реабилитации.**

2.2. В соответствии с этой целью **дневной стационар осуществляет следующие функции:**

2.2.3. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2.2.4. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

2.2.5. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

2.2.6. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

2.2.7. **Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.**

2.2.8. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу...

*УТВЕРЖДЕНЫ
Минздравом РФ и НИИ ОиИЗ
от 17.11.00 N 2000/166*

Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях (извлечения)

«...Одним из основных направлений реформы здравоохранения, определенной «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации», является внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм (СЗФ) и оказания медицинской помощи населению...

Приказом Минздрава Российской Федерации N 438 от 09.12.99 дневные стационары при поликлиниках (ДС) и стационары дневного пребывания в больничных учреждениях

(СДП) определены дефинициями дневной стационар...

Организационно-функциональная модель деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать ресурсные возможности больничных учреждений, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: ДС для более легкого контингента больных и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых больных, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения.

Проведенный анализ основных показателей деятельности ДС в ряде регионов РФ показал, что организационные формы работы ДС на базе больничных учреждений строятся в основном по типу коек долечивания в профильных отделениях стационаров. Реже ДС организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов. Режим работы таких ДС, как правило, строится в одну смену...

В процессе исследования было проведено нормирование труда врача ДС с целью спроектировать норматив должности врача ДС по специальности «врач общей практики». Результаты исследования показали, что нагрузка на одного врача ДС составит 25 больных в койко-смену.

Результаты исследования послужили основой для расчета потребности в коечном фонде ДС, которая осуществлялась отдельно для ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе стационара, так и потребность в отдельных койках в структуре больничных отделений (терапевтического, неврологического, хирургического и эндокринологического).

*УТВЕРЖДЕНЫ
Минздравом РФ и ЦНИИ ОиИЗ
от 04.11.02 № 2002/106*

Методические рекомендации Организация стационарзамещающих форм медицинской помощи населению (извлечения)

В методических рекомендациях проанализированы основные показатели деятельности стационарзамещающих форм (СЗФ) медицинской помощи в Российской Федерации за 1990-2001 г.г. Даны ориентировочные нормативы потребности в койках СЗФ. Представлен положительный опыт работы дневных стационаров (ДС) и стационаров на дому (СД).

Даны технологии лечения больных в ДС на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, нормы нагрузки врача, экономический эффект от организации ДС и СД. Представлены рекомендации по организации работы СЗФ.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, практических врачей и преподавателей ВУЗов...

3. Рекомендации по организации работы стационарзамещающих форм медицинской помощи населению

...Организация стационарозамещающих форм работы требует четкой регламентации их деятельности и разработки экономических механизмов, стимулирующих внедрение этих форм в учреждениях здравоохранения...

Функции ДС могут включать:

- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающей, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно - диагностических манипуляций;

- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий...

- **профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска** повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющих;

- **долечивание больных**, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения в условиях активного режима;

- апробация совместно с кафедрами вузов и НИИ новых методик лечения и обследования больных.

...Ответственность за деятельность дневного стационара несет главный врач поликлиники или больницы.

Направление больных на лечение и обследование в дневном стационаре осуществляется в соответствии с показаниями лечащим врачом поликлиники или стационара, **отбор больных** в ДС осуществляет заведующий ДС или заведующий профильным отделением, на базе которого создан ДС.

Отбор и лечение больных в дневной стационар следует осуществлять в соответствии с разработанными нами в процессе исследования показаниями и противопоказаниями.

Лечение больных в ДС следует осуществлять с использованием **современных технологий лечения больных (приложение 1)**.

Штатные должности врачей, среднего и младшего медицинского персонала ДС устанавливаются главным врачом учреждения, на базе которого он создан, с учетом мощности ДС, профиля и режима его работы, а также регламентируется **приказом Минздрава РФ N 438 от 09.12.1999 г.**

Режим работы ДС определяется руководителем медицинского учреждения, на базе которого расположен ДС, и зависит от профиля ДС и характера патологии. Как правило, ДС должен работать в 2-3 смены. В исключительных случаях, когда этого требует характер заболевания, возможно лечение больных в одну смену...

ДС может быть многопрофильный (1-2 и более отделений) при этом лечебный процесс должен осуществляться специалистами соответствующего профиля.

Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

При организации и планировании работы дневных стационаров и стационаров на дому рекомендуется пользоваться предложенной организационной структурой, режимом работы ДС и СД, нормами нагрузки врача, а также расчетными показателями потребности населения в койках ДС.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно-профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. ДС могут также финансироваться из других источников, не запрещенных законодательством. В них могут

оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и средств граждан.

Необходимо изменить порядок финансирования ДС. С этой целью должны быть разработаны тарифы на медицинские услуги в ДС, включающие в себя все осуществляемые затраты по соответствующим статьям бюджетной классификации.

Расчет может быть проведен либо по сумме оказываемых медицинских услуг **в соответствии** с утвержденным **«Классификатором простых медицинских услуг»**, либо из расчета 1 койко-дня, либо из расчета стоимости лечения больных при определенных заболеваниях...

Прогрессивными формами оплаты медицинских услуг в данном случае из всего их многообразия являются следующие: применение в поликлиниках метода частичного фондодержания, финансирование стационарного и амбулаторного секторов по сметам расходов (или по подушевым нормативам) под оговоренные объемы деятельности с обязательным наличием **резервного фонда для стимулирования** медицинских работников.

Необходимо изменение экономических механизмов финансирования отрасли, включив в работу резервный фонд. Подушевое финансирование пролеченных больных в ДС на базе больничного учреждения на начальном этапе следует осуществлять в размере стоимости койко-дня одноименного отделения стационара круглосуточного пребывания. Разница стоимости лечения больных в стационаре круглосуточного пребывания и ДС должна оставаться в бюджете больничного учреждения. Образованный **резервный фонд** должен быть направлен на улучшение материально-технического оснащения больничных учреждений, повышение технологии обследования и лечения больных, а также на материальное поощрение медицинского персонала.

Подлежит пересмотру оплата труда медицинских работников стационаров, так как организация ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больниц разделяет коечный фонд по интенсивности лечебно-диагностического процесса, оставляя на койках круглосуточного пребывания более тяжелый контингент больных, требующих больших трудовых затрат медицинского персонала.

ГЛАВА 5
РЕАБИЛИТАЦИЯ
В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 03.06.03 № 229

О Единой номенклатуре
государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
(извлечения)

Приложение
к приказу Минздрава РФ
от 03.06.03 № 229

Единая номенклатура
государственных и муниципальных учреждений здравоохранения:

1. Лечебно-профилактические учреждения

1.1. Больничные учреждения

1.1.1. Больницы, в том числе:

- участковая
- районная
- городская
- детская городская
- центральная (городская, окружная, районная)
- областная (краевая, республиканская, окружная)

1.1.2. Специализированные больницы, в том числе:

- **восстановительного лечения**
- гериатрическая
- **детская восстановительного лечения**

1.2. Клиники

1.3. Диспансеры

- врачебно-физкультурный

1.4. Амбулаторно-поликлинические учреждения

1.4.1. Амбулатория;

1.4.2. Поликлиники, в том числе:

- городская
- детская городская
- консультативно-диагностическая
- **физиотерапевтическая**
- центральная районная

1.5. Центры

- восстановительной терапии для воинов-интернационалистов

- **восстановительной медицины и реабилитации**
- гериатрический
- наркологический **реабилитационный**
- клинико-диагностический
- консультативно-диагностический
- **реабилитации** (Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации)
- **медицинской и социальной реабилитации** с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих
 - **реабилитации слуха**
 - лечебной физкультуры и спортивной медицины
 - мануальной терапии
 - лечебного и профилактического питания
- **медицинской и социальной реабилитации** (Минюста России, уголовно-исполнительной системы Минюста России)

1.7. Учреждения охраны материнства и детства

1.7.1. Перинатальный центр

1.7.4. Центр планирования семьи и репродукции

1.7.5. Центр охраны материнства и детства

1.7.6. **Российский реабилитационный центр "Детство"** (Минздрава России)

1.7.7. Дом ребенка

1.7.8. Дом ребенка специализированный:

- с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики
- с органическим поражением центральной нервной системы, в том числе детскими церебральными параличами, без нарушения психики
- с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата и другими дефектами физического развития без нарушения психики
- с нарушениями слуха и речи (глухонемых, оглохших, слабослышащих)
- с нарушениями речи (заикающихся, с алалией и другими нарушениями речи)
- с нарушениями зрения (слепых, слабовидящих)
- с туберкулезной интоксикацией, малыми и затихающими формами туберкулеза
- ВИЧ-инфицированных
- санаторный

1.8. Санаторно-курортные учреждения

1.8.1. Бальнеологическая лечебница

1.8.2. Грязелечебница

1.8.3. Детский санаторий

1.8.4. Курортная поликлиника

1.8.5. Санаторий

1.8.6. Курорт

1.8.7. Санаторий для детей с родителями

1.8.8. Санаторий-профилакторий

1.8.9. Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.

2. Учреждения здравоохранения особого типа

2.1. Центры:

- медицинской профилактики;
- медицинский информационно-аналитический;

- сертификации;
- информационно-методический по экспертизе, анализу и маркетингу;

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 01.07.03 № 296*

О совершенствовании организации восстановительного лечения в Российской Федерации

*По заключению Минюста РФ от 23 июля 2003 г. N 07/7611-АК настоящий приказ не
нуждается в государственной регистрации
(извлечения)*

В целях совершенствования лечебно-профилактической и реабилитационной помощи населению Российской Федерации *приказом утверждены:*

1.1. Положение об организации деятельности Центра восстановительной медицины и реабилитации (приложение N 1).

1.2. Инструкцию по направлению и отбору больных на реабилитационное лечение (приложение N 2).

*Приложение № 1
к приказу Минздрава РФ
от 01.07.03 № 296*

Положение об организации деятельности Центра восстановительной медицины и реабилитации

1. Центр восстановительной медицины и реабилитации (далее - Центр) создается как самостоятельная организация здравоохранения.

2. Центр возглавляет руководитель, на должность которого назначается специалист с высшим медицинским образованием по специальности "Лечебное дело" с опытом практической работы не менее 5 лет.

3. Штаты Центра устанавливаются руководителем в соответствии со штатными нормативами.

4. Рекомендуемая структура Центра:

4.1. Консультативно-поликлиническое отделение;

4.2. Диагностическое отделение;

4.3. Оздоровительное отделение;

4.4. Специализированные реабилитационные отделения (палаты);

4.5. Дневной стационар;

4.6. Отделения (кабинеты) физических методов лечения:

- кинезотерапии;

- физиотерапии;

- термотерапии;

- баротерапии;

- бальнеотерапии;

4.7. Отделения (кабинеты) традиционных методов лечения:

- мануальной терапии;

- рефлексотерапии;

- фитотерапии;

- 4.8. Отделение (кабинеты) психотерапевтических методов лечения;
- 4.9. Фониатрическое отделение (кабинет);
- 4.10. Отделение (кабинет) эстетической медицины;
- 4.11. Организационно-методический отдел;
5. Центр осуществляет следующие функции:
 - 5.1. Диагностику функционального состояния организма и объективную оценку состояния здоровья пациентов с использованием скрининговых методик.
 - 5.2. Раннюю диагностику заболеваний с использованием индивидуальной программы обследования.
 - 5.3. Обследование организованных коллективов и групп населения с целью выявления групп риска, установления степени влияния на состояние здоровья факторов внешней среды, а также проведение сравнительных оценок состояния здоровья, различных групп населения.
 - 5.4. Активное наблюдение за лицами с факторами повышенного риска заболеваний и коррекции выявленных функциональных нарушений.
 - 5.5. Оказание квалифицированной амбулаторной и стационарной реабилитационной помощи различным категориям больных с целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности.
 - 5.6. Разработку и проведение индивидуального комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение функциональных резервов здоровья пациента с преимущественным использованием немедикаментозных методов реабилитации.
 - 5.7. Динамическую оценку и контроль резервов здоровья.
 - 5.8. Организацию и проведение работы с населением по формированию психологии здорового образа жизни и культуры здоровья, а также образовательных программ для пациентов и их родственников.
 - 5.9. Осуществление лабораторного и инструментального обследования для определения функционального диагноза и составления индивидуальных программ реабилитации и обеспечения дифференцированного подхода к выбору методов и средств восстановительного лечения различных контингентов больных на этапе медицинской реабилитации.
 - 5.10. Обеспечение дифференцированного подхода к выбору методов и средств восстановительного лечения различных контингентов больных с преимущественным использованием физических, психотерапевтических методов лечения и методов традиционной медицины с целью восстановления функции пораженного органа или системы, физического статуса больного в целом, психологического его состояния.
 - 5.11. Разработка и внедрение новых медицинских технологий, направленных на осуществление первичной и вторичной профилактики с целью раннего выявления и предупреждения обострений, осложнений и хронизации заболеваний, а также повышения функциональных резервов здоровья у населения.
 - 5.12. Восстановление личного статуса больных с учетом их психологического портрета, реакции на болезнь, трудовых и бытовых установок, методами психодиагностики, психокоррекции и психотерапии.
 - 5.13. Восстановление адаптивных возможностей (трудовых, самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, передвижения, коммуникабельности).
 - 5.14. Определение эффективности медицинской реабилитации и критериев восстановления нарушенных функции различных органов и систем с использованием унифицированной системы оценок.
 - 5.15. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и осуществление прогностической оценки результата медицинской реабилитации находящихся на лечение больных и направление на медико-социальную экспертизу (МСЭК) больных с инвалидизирующим течением заболевания.

5.16. Организация взаимосвязи и преемственности с другими лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам медицинской реабилитации.

5.17. Проведение циклов повышения квалификации для специалистов работающих в области восстановительной медицины и реабилитации.

5.18. Ведение необходимой учетной и отчетной документации

*ПРИКАЗ
Минздрава СССР
от 06.08.81 № 826*

**О ПОЛОЖЕНИИ И ШТАТНЫХ НОРМАТИВАХ МЕДИЦИНСКОГО,
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО, ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА
И РАБОТНИКОВ КУХОНЬ, БОЛЬНИЦ (ОТДЕЛЕНИЙ)
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
(извлечения)**

Приказом утверждены:

1.1. Положение о больнице восстановительного лечения (приложение 1);

1.2. Инструкция по отбору больных в больницу (отделение) восстановительного лечения (приложение 2);

1.3. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь больниц восстановительного лечения (приложение 3);

1.4. Штатные нормативы медицинского и другого персонала отделений восстановительного лечения районных, центральных районных, городских, центральных городских, областных, краевых, республиканских больниц и дополнительного общебольничного персонала указанных учреждений (приложение 4).

Приложение N 1

**ПОЛОЖЕНИЕ
О БОЛЬНИЦЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

1. Общие положения

1.1. Больница восстановительного лечения является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим квалифицированной специализированной стационарной помощью прикрепленное население, центром организационно-методического руководства по вопросам восстановительного лечения для других учреждений здравоохранения в районе ее деятельности.

1.2. Больница восстановительного лечения должна иметь не менее 200 коек. Район деятельности больницы определяется органами здравоохранения.

1.3. Больница восстановительного лечения предназначена для больных с последствиями травм, нейрохирургических вмешательств, ортопедических и неврологических заболеваний, требующих применения комплекса восстановительных мероприятий.

1.5. Больница восстановительного лечения является самостоятельным учреждением здравоохранения и имеет в своем распоряжении здания с определенной территорией, соответствующее оборудование, инвентарь и другое имущество. Больница восстановительного лечения пользуется правами юридического лица, имеет круглую печать и штамп с указанием своего полного наименования.

1.7. Структура и штаты больницы восстановительного лечения устанавливаются органами здравоохранения в соответствии с настоящим положением, действующими штатными нормативами и типовыми штатами.

1.9. Больница восстановительного лечения может быть клинической и учебной базой высших и средних медицинских учебных заведений, медицинских факультетов, институтов усовершенствования врачей и научно-исследовательских учреждений.

2. Задачи и функции

2.1. Основными задачами больницы восстановительного лечения являются:

- восстановление функций систем и органов, нарушенных в результате болезни или травмы;
- полное или частичное восстановление трудоспособности больного;
- приспособление (при невозможности восстановления) к самообслуживанию в соответствии с новыми, возникшими в результате болезни или травмы, условиями жизни.

2.2. Основными функциями больницы восстановительного лечения являются:

- госпитализация больных в отделения соответствующего профиля;
- осуществление восстановительного лечения больных по индивидуальным комплексным программам с использованием всех современных средств и методов;
- освоение и внедрение в практику работы новых современных средств и методов восстановительного лечения...
 - экспертиза временной нетрудоспособности рабочих и служащих в соответствии с действующими положениями;
 - осуществление взаимосвязи и преемственности с другими учреждениями здравоохранения в лечении и обследовании больных, а также учреждениями социального обеспечения;
 - направление больных в отделения восстановительного лечения поликлиник в случае необходимости продолжения курса восстановительных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
 - осуществление консультативной и организационно-методической помощи по вопросам восстановительного лечения прикрепленным учреждениям здравоохранения;
 - осуществление мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала в установленном порядке.

3. Структура больницы восстановительного лечения

В соответствии с задачами и функциями больницы восстановительного лечения в своем составе могут иметь:

- неврологическое отделение для восстановительного лечения больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения;
- неврологическое отделение для восстановительного лечения больных с заболеваниями периферической нервной системы;
- неврологическое отделение для восстановительного лечения больных с последствиями травм головы и перенесших хирургические вмешательства на головном мозге;
- неврологическое отделение для восстановительного лечения больных с последствиями заболеваний и травм спинного мозга;
- ортопедическое отделение для восстановительного лечения больных с последствиями травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- ортопедическое отделение для восстановительного лечения больных с заболеваниями позвоночника без нарушения функции спинного мозга;
- поликлиническое отделение;

- физиотерапевтическое отделение;
- отделение лечебной физкультуры;
- рентгеновский кабинет;
- клиническую лабораторию;
- административно-хозяйственную часть.

3.2. В больнице восстановительного лечения должны быть предусмотрены помещения для индивидуальных и групповых занятий лечебной гимнастикой, механотерапии, гидрокинезотерапии, зал для лечебной ходьбы, бассейн, помещение для трудотерапии, в том числе для восстановления функций верхних конечностей, нижних конечностей, позвоночника, восстановления бытовых навыков, помещения для осуществления функционально - диагностических исследований опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы.

4. Порядок госпитализации в больницу восстановительного лечения

4.1. Больница восстановительного лечения госпитализирует больных, направленных органами здравоохранения, прикрепленными больницами и поликлиниками.

4.2. Отбор больных осуществляется комиссией, состав и порядок работы которой устанавливается главным врачом больницы восстановительного лечения.

4.3. При направлении больных в больницу восстановительного лечения представляется выписка из карты стационарного или амбулаторного больного с указанием результатов клинико-диагностических исследований, проведенного лечения, длительности нетрудоспособности.

4.4. В случаях обострения заболевания или возникновения нового патологического процесса, требующего оказания специализированной помощи, больные переводятся в соответствующее учреждение здравоохранения в установленном порядке.

4.5. Порядок доставки больных в больницу восстановительного лечения определяется органами здравоохранения по подчиненности больницы.

4.6. Длительность пребывания больного в больнице восстановительного лечения устанавливается индивидуально.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
Минтруда и соцразвития РФ
ПРИКАЗ
Минздрава РФ и Минобразования РФ
от 23.12.96 № 21/41/515

Об утверждении примерного положения о реабилитационном учреждении (извлечения)

Примерное положение о реабилитационном учреждении

I. Общие положения

1. Настоящее Примерное положение регулирует деятельность **реабилитационных учреждений** федерального уровня и уровня субъекта Российской Федерации, входящих в состав государственной службы реабилитации инвалидов. Реабилитация, осуществляемая в учреждениях системы здравоохранения, проводится в соответствии с Положением о

реабилитационном учреждении, утверждаемом Минздравом Российской Федерации по согласованию с Минтруда и соцразвития Российской Федерации.

2. **Основными задачами** учреждений являются:

- детализация и конкретизация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разрабатываемых учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы;

- разработка планов и программ проведения реабилитации инвалидов в конкретном учреждении;

- проведение медицинской реабилитации;

- осуществление профессиональной реабилитации инвалидов, включающей: профессиональную ориентацию, профессиональное обучение, профессионально-производственную адаптацию;

- проведение социальной реабилитации инвалидов, включающей социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию;

- динамический контроль за процессом реабилитации инвалидов;

- оказание консультативно-методической помощи по вопросам реабилитации инвалидов общественным, государственным и иным организациям, а также отдельным гражданам...

4. Учреждения осуществляют свою деятельность во взаимодействии с органами государственной власти и учреждениями государственной службы реабилитации инвалидов, учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы, а также общественными объединениями инвалидов.

II. Организация деятельности учреждений

11. ...В структуру учреждений в зависимости от направления их деятельности могут входить подразделения, обеспечивающие решение задач по информации и консультированию по вопросам реабилитации, социально-бытовой адаптации и ориентации, включая обучение пользованию техническими средствами реабилитации, творческой реабилитации. Блок подразделений по профессиональной реабилитации обеспечивает проведение профессиональной ориентации, включая профессиональное тестирование, проведение профессиографии, профконсультирования и профотбора. Кроме того, в состав учреждений может входить учебно-воспитательный комплекс с подразделениями, обеспечивающими процесс общего и профессионального обучения, а также структуры профессионально-производственной адаптации и содействия трудоустройству инвалидов. Соответствующие подразделения создаются для проведения восстановительного лечения, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования. В состав учреждений могут входить опытно-конструкторские мастерские по изготовлению технических средств реабилитации, а также культурно-досуговый, спортивно-оздоровительный комплексы и вспомогательные службы.

12. Срок пребывания в учреждении определяется индивидуальной программой реабилитации инвалидов, выдаваемой органами государственной службы медико-социальной экспертизы.

IV. Условия приема и содержания в учреждениях

18. **Направление инвалидов** в учреждения осуществляют органы и учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и государственной службы реабилитации инвалидов.

19. Прием, содержание и выписка или выпуск инвалидов осуществляется в порядке, определяемом учредителем.

20. **Противопоказаниями к приему** являются:

- острые и подострые стадии основного заболевания, требующие активного медицинского вмешательства;
- любые приступообразные и прогредиентно текущие психические заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам болезни с частыми декомпенсациями, требующими лечения в стационаре;
- злокачественные новообразования в активной фазе;
- кахексия любого происхождения;
- обширные трофические язвы и пролежни;
- гнойно-некротические заболевания;
- острые инфекционные и венерические заболевания до окончания срока изоляции.

21. Инвалидам, проходящим реабилитацию в учреждениях, производится ежемесячная выплата пенсий, пособий и стипендий в порядке, установленном действующим законодательством.

V. Права и обязанности инвалидов

23. Инвалиды имеют право на:

- осуществление реабилитационных мероприятий в полном объеме в соответствии с программой реабилитации;
- отказ от того или иного вида, формы, объема, сроков проведения реабилитационных мероприятий, а также от реализации реабилитационной программы в целом. Отказ инвалида должен быть формально зарегистрирован;
- обращение непосредственно к руководителю по вопросам, связанным с их пребыванием в учреждении;
- обращение с заявлениями в органы представительной и исполнительной власти, суд, прокуратуру.

24. Инвалиды обязаны выполнять требования устава учреждения и соблюдать правила внутреннего распорядка, а также активно участвовать в осуществлении программ их реабилитации.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 28.07.99 № 297*

О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации (извлечения)

*Приложение N 2
к приказу Минздрава России
от 28.07.99 N 297*

Положение об организации деятельности гериатрического центра

1. Общие положения.

1.1. Гериатрический центр (далее - Центр) - учреждение здравоохранения, организуемое в субъекте Российской Федерации или муниципальном образовании с численностью населения от 300 тысяч человек.

1.2. Функции центра могут быть возложены на госпиталь ветеранов войн, гериатрическую больницу, либо на многопрофильную больницу, в структуре которой есть гериатрические отделения.

1.3. Центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма...

*Приложение N 3
к приказу Минздрава России
от 28.07.99 N 297*

Положение об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)

1. Общие положения.

1.1. Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы), далее Больница (Отделение) - учреждение (структурное подразделение учреждения) здравоохранения, организуемое в муниципальном образовании с численностью населения от 50 тысяч человек с учетом потребности в указанном виде медицинской помощи.

1.2. Больница (Отделение) **предназначается для** оказания плановой гериатрической, в том числе специализированной, стационарной медицинской помощи, а также **долечивания и медицинской реабилитации** после проведения курса интенсивного лечения в стационарах (отделениях) иного профиля, гражданам пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма...

1.5. Больница (Отделение) может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений...

3. Структура и штаты.

3.3. Штатная численность медицинского персонала Больницы (Отделения) определяется главным врачом в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами и нормами нагрузки.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 30.09.99 № 356*

О мерах по совершенствованию медицинской и социальной реабилитации больных с последствиями детского церебрального паралича (извлечения)

«... Учитывая специфику работы центров медицинской и социальной реабилитации с отделением для постоянного проживания подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих и тяжесть труда по уходу за подростками и взрослыми инвалидами с тяжелыми формами детского церебрального паралича отнести вышеназванные центры к первой категории по оплате труда и распространить на работников этих центров льготы, предоставляемые работникам психиатрических учреждений.

Для усиления контроля за деятельностью центров медицинской и социальной реабилитации с отделением для постоянного проживания подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, и привлечения общественности к их работе организовывать при центрах Попечительско-наблюдательные Советы...»

**Об организации работы
учреждений медицинской и социальной реабилитации подростков и
взрослых с последствиями детского церебрального паралича
(извлечения)**

В Российской Федерации за последние пять лет число детей-инвалидов и соответственно инвалидов с детства увеличилось в четыре раза, среди которых 5% составляют больные с последствиями детского церебрального паралича.

Но если для детей с последствиями детского церебрального паралича в субъектах РФ имеются специализированные детские больницы и отделения, предназначенные для медицинской и социальной реабилитации, то для подростков и взрослых с последствиями детского церебрального паралича такие учреждения отсутствуют.

В России функционируют только три специализированных Центра в гг. Москве, Казани и Калуге, осуществляющих медицинскую и социальную реабилитацию подростков и взрослых инвалидов с детским церебральным параличом.

Мощность этих центров не позволяет обеспечить всех нуждающихся больных с последствиями детского церебрального паралича необходимой специализированной помощью.

Проблема реабилитации инвалидов с детства, страдающих детскими церебральными параличами, постоянно обостряется...

*Приложение N 1
к приказу Минздрава РФ
от 18.10.99 № 378*

**Положение об организации деятельности
неврологического реабилитационного отделения
для больных подросткового и взрослого возраста с последствиями
детского церебрального паралича**

1. Общие положения

1.1. **Неврологическое реабилитационное отделение** для больных с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП) в подростковом и взрослом возрасте создается в многопрофильной больнице или медико-санитарной части для медицинской реабилитации больных и лечения их соматических заболеваний (в дальнейшем - Отделение).

1.2. Отделение в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения больницы или медико-санитарной части, в составе которой оно организовано.

1.3. Число коек Отделения определяется с учетом имеющейся потребности в административном регионе субъекта РФ, но не менее 40 коек.

1.4. Руководство Отделением осуществляется заведующим, назначаемым и увольняемым главным врачом больницы в установленном порядке. Заведующий Отделением должен иметь сертификат врача-невролога и иметь **опыт работы в области медицинской реабилитации** больных с ДЦП.

1.5. Лечение пациентов в условиях Отделения осуществляется **по индивидуальной программе реабилитации, разрабатываемой лечащим врачом.**

1.6. **Реабилитационные мероприятия** должны проводиться на основе единых методологических подходов и придерживаться типовой реабилитационной программы, состоящей из следующих реабилитационных направлений: физиотерапия, психотерапия, психологическая коррекция, при необходимости - программа коррекции речи и слуха, лечение соматического заболевания, по поводу которого проведена госпитализация.

1.7. Вся информация о пациенте должна быть отражена в истории болезни с описанием предлагаемых пациенту **методик реабилитации** в рамках его индивидуальной программы.

1.8. В отделении выделяются помещения для проведения медицинских процедур, сна, питания, обучения, оказания психолого-коррекционной работы и другие помещения, необходимые для реализации индивидуальных реабилитационных программ.

2. Показания и противопоказания для госпитализации больных с последствиями ДЦП в Отделение

2.1. В Отделение госпитализируются подростки и взрослые **инвалиды с последствиями ДЦП, самостоятельно передвигающиеся и себя обслуживающие**, при наличии:

- легкой степени двигательных расстройств;
- невысокой степени трудовой и бытовой дезадаптации;
- сопутствующих заболеваний, связанных с основным заболеванием (синдром вегетативной дисфункции, нарушение функции внутренних органов дислокационного генеза);
- поражений периферической нервной системы - вторичных миелопатий и радикулопатий, в том числе туннельных синдромов;
- поражений опорно-двигательного аппарата, подлежащих коррекции неоперативным путем - артрозов, вертеброгенных болевых синдромов и др.

2.2. Подростки и взрослые больные с последствиями ДЦП **не госпитализируются** в Отделение при наличии:

- невозможности самостоятельной ходьбы (передвижение в инвалидной коляске);
- имбицильности и идиотии;
- психопатоподобного поведения;
- психозов различного генеза;
- частых судорожных припадков;
- активного туберкулеза, венерических заболеваний;
- онкологических заболеваний любой стадии;
- нарушений функций тазовых органов;
- бациллоносительства (дифтерии, острых кишечных инфекций, других заразных болезней);
- генерализованной формы грибковых заболеваний;
- алкоголизма, токсико- и наркомании;
- СПИДа.

2.3. Отбор больных и решение вопроса о возможности госпитализации для реабилитационного лечения производится врачебно-отборочной комиссией, включающей заместителя главного врача по лечебной работе больницы, заведующего Отделением, врачей-специалистов по восстановительному лечению.

*Приложение N 2
к приказу Минздрава РФ
от 18.10.99 № 378*

**Положение об организации деятельности
Центра медицинской и социальной реабилитации с отделением
для постоянного проживания подростков и взрослых инвалидов с
тяжелыми формами детского церебрального паралича,
самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих**

1. Общие положения

1.1. Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением для постоянного проживания подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, (далее - Центр) является учреждением системы здравоохранения неврологического профиля.

1.2. Центр осуществляет медицинскую и социальную реабилитацию подростков и взрослых с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, с тяжелым физическим состоянием и отклонениями в интеллектуальном развитии...

1.6. Целью деятельности Центра является оказание квалифицированной медицинской, социальной, психологической и педагогической помощи для обеспечения максимально возможной социальной адаптации к жизни в обществе, в семье, приспособлению к труду больных с тяжелыми формами ДЦП, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, с тяжелым физическим состоянием и имеющих отклонения в интеллектуальном развитии в подростковом и взрослом возрасте.

1.7. Центр должен соответствовать условиям, необходимым для перемещения инвалидов в колясках (размеры помещений, палат, санузлов, наличие грузовых лифтов).

1.8. Коечный фонд Центра создается с учетом имеющейся потребности в административных регионах субъектов РФ, при этом должна быть обеспечена госпитализация в отделения для курсового лечения не реже 2 раз в год.

**2. Показания и противопоказания для госпитализации в Центр больных
с тяжелыми формами ДЦП**

2.1. В Центр принимаются подростки и взрослые инвалиды с тяжелыми формами ДЦП старше 15 лет без ограничения возраста (передвигающиеся в инвалидных колясках, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе), не обладающие способностью к самообслуживанию с полным или частичным нарушением речи, с нормальным интеллектом или отставанием в интеллектуальном развитии.

2.2. **Не госпитализируются** в Центр подростки и взрослые инвалиды с последствиями детского церебрального паралича, самостоятельно передвигающиеся и себя обслуживающие, а также подростки и взрослые инвалиды самостоятельно не передвигающиеся и себя не обслуживающие при наличии:

- Всех сопутствующих заболеваний (гриппа, ангины и других инфекционных заболеваний);
- Гипертонической болезни в стадии декомпенсации;
- Ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения III-IV ФК;
- Перенесенного инфаркта миокарда давностью до 1 года;
- Туберкулеза в любой стадии и форме;
- Сахарного диабета в тяжелой степени в стадии декомпенсации;
- Злокачественных новообразований;
- Шизофрении;
- Венерических заболеваний;

- Трофических язв;
- Чесотки;
- СПИДа,

учитывая, что эти заболевания могут повлиять на здоровье подростков и взрослых, получающих реабилитацию в Центре, а также в случае, если перечисленные заболевания в период декомпенсации не позволят проводить реабилитацию пациентов.

2.3. Отбор больных и решение вопроса о возможности госпитализации и форме реабилитационного лечения осуществляется отборочной комиссией, включающей главного врача Центра, врачей специалистов - неврологов по восстановительному лечению, психиатра, представителя Попечительско-наблюдательного Совета Центра.

3. Структура Центра

3.1. Штатное расписание Центра утверждается органом управления здравоохранением субъекта РФ с учетом тяжести труда по уходу за больными, самостоятельно не передвигающимися и себя не обслуживающими.

3.2. В структуру Центра входят следующие отделения и вспомогательные службы:

- неврологическое реабилитационное отделение с курсовым лечением и кабинетами терапии, логопедии, психотерапии, психологии, отоларингологии, офтальмологии, гинекологии, трудового воспитания, общеобразовательного развития;

- неврологическое реабилитационное отделение с постоянным проживанием и кабинетами логопедии, психотерапии, психологии, трудового воспитания, общеобразовательного развития;

- приемное отделение с изолятором;

- **отделение восстановительного лечения** с кабинетами физиотерапии, грязе- и водолечения, лечебной гимнастики, массажа, мануальной терапии, рефлексотерапии, кинезотерапии, гипнотерапии (при технической возможности)...

4. Реабилитационные мероприятия, проводимые в Центре

4.1. Реабилитационные мероприятия должны проводиться на основе единых методологических подходов и типовой реабилитационной программы, состоящей из следующих реабилитационных направлений:

4.1.1. **Медицинская реабилитация.** Методики: физические средства (кинезотерапия или нервно - мышечное проприоцептивное облегчение, методики, основанные на биологической обратной связи, механотерапия, электрофизиолечение, массаж, бальнеотерапия и др.); рациональная психотерапия; медикаментозная терапия (по показаниям нейрометаболические, цереброваскулярные и противосудорожные, витамины, биостимуляторы и др.), выполняемые лечащими врачами, физиотерапевтами, врачами и методистами ЛФК, психологами, психотерапевтами, рефлексотерапевтами, мануальными терапевтами, массажистами, сестрами физиотерапии.

4.1.2. **Реабилитация по коррекции речи и слуха** включает оценку развития этих функций, логопедическую работу, развитие способностей к вербальному общению, тренировку слуха, терапию дефектов речи и слуха, развитие способностей к общению. Методики: кондуктивная терапия, логопедия, восстановительная медицина, выполняемые логопедами, дефектологами, психологами, психотерапевтами.

4.1.3. **Социально-бытовая реабилитация.** Методики: кондуктивная терапия, эрготерапия, выполняемые социальными работниками, врачами и методистами ЛФК, педагогами.

4.1.4. **Рекреационная реабилитация** направлена на улучшение социальных навыков. Методика: кондуктивная терапия, выполняемая социальными работниками, инструкторами - кондукторами, педагогами.

4.1.5. **Психологическая реабилитация** определяет оценку уровня интеллекта, личностного развития общих способностей, консультирование по личностным, эмоциональным проблемам, участие в планировании и проведении образовательных и профессиональных программ в консультировании родителей. Методики: кондуктивная терапия, психотерапия и методы восстановительной медицины, выполняемые педагогами, психологами, кондукторами - инструкторами, врачами специалистами в области реабилитологии.

4.1.6. **Социальная реабилитация** (изучение домашнего окружения инвалида, его семейных взаимоотношений содержит периодические беседы с близкими родственниками для сотрудничества в удовлетворении нужд пациента и т.д.). Методики: кондуктивная терапия, психотерапия, выполняемые социальными работниками, психотерапевтами, психологами.

4.1.7. **Образовательная реабилитация** и тренировочная программа состоит из развивающей программы, программы подготовки к специальному обучению при задержке интеллектуального развития. Цель программы - свести до минимума нарушения обучения, развивать социальные, интеллектуальные навыки и умения. Методики: кондуктивная терапия, восстановительная медицина, выполняемые инструкторами - кондукторами, педагогами.

4.2. **Обследование больного.** Для осуществления индивидуальных программ медицинской реабилитации предварительно проводится клиничко-неврологическое, соматическое и психологическое обследование, исследование кондуктивного статуса, ЭМГ пораженных мышц, углометрия, измерение окружности конечностей и определение силы в отдельных группах мышц. Показано исследование крови (клиническое и биохимическое исследование, коагулограмма. К, Na, Ca, холестерин, сахар, общий белок, активность креатинфосфокиназы).

4.3. **Критерии оценки эффективности проведенной реабилитации.** Для контроля эффективности проведенной реабилитации в дневнике истории болезни должны отражаться состояние психоэмоциональной сферы, деятельность сердечно - сосудистой системы, основное внимание уделять контролю за изменениями нервно - мышечной системы, динамике восстановления двигательных актов, динамике силы различных мышечных групп, уменьшения контрактур, сдвигов в координационной сфере. Перед выпиской из отделения курсового лечения проводят повторное исследование соматического и неврологического статуса, психологическое обследование, определение силы и ЭМГ пораженных мышц, биохимическое исследование крови...

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 14.08.02 № 258*

**О совершенствовании
реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства
(извлечения)**

*Приложение N 1
к приказу Минздрава РФ
от 14.08.02 № 258*

**Примерный перечень
помещений и оборудования для осуществления реабилитационного
процесса в лечебно-профилактических учреждениях**

1.1. Соматический профиль (на 100 мест)

№ п/п	Наименование оборудования, принадлежность помещений	Количество
I. Помещения и дизайн		
1	Помещение для групповой кинезотерапии (ЛФК) 30-35 кв. м	1
2	Помещение для компьютерного комплекса 30-35 кв. м	1
3	Элементы терапии средой (картины, эстампы, графические работы и др.)	В соответствии с возможностями
4	Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, мягкие напольные интерактивные покрытия с изображением сюжетно-ролевых игр, декоративные растения, приборы бокового освещения и пр.)	
II. Оборудование для реабилитации		
1	Шведская стенка	4
2	Батут	2
3	Комплект ящиков - подставок	10
4	Гимнастические скамейки	10
5	Гимнастические палки	50
6	Канат	2
7	Гимнастические маты	10
8	Гимнастический обруч	50
9	Массажные коврики	10
10	Притч (деревянный топчан реечный)	50
11	Набор мячей различного диаметра и веса	5
12	Компьютерные тренажеры	10
13	Компьютерные игры	10
14	Тренажеры (ротационные) и игры (конструкторы Lego, Puzzle)	10
15	Столовые приборы специальной конструкции	по числу детей
16	Тренажер для обучения навыком ходьбы (при тяжелых двигательных нарушениях)	5

1.2. Неврологический, нейрохирургический, нейротравматологический, психиатрический профили (на 100 мест)

№ п/п	Наименование оборудования, принадлежность помещений	Количество
I. Помещения и дизайн		
1	Помещение для групповой кондуктивной терапии 30-40 кв. м.	1
2	Помещение для групповой кинезотерапии (ЛФК) 30-35 кв. м	1
3	Помещение для компьютерного развивающе-обучающего комплекса 30-35 кв. м	1
4	Помещение для эрготерапии 30-35 кв. м	1
5	Помещение для сенсорной комнаты 15-20 кв. м	1
6	Помещение для Монтессори - терапии 20-25 кв. м	1
7	Элементы терапии средой (картины, эстампы, графические работы и др.)	В соответствии с возможностями
8	Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, мягкие напольные интерактивные покрытия с изображением сюжетно-ролевых игр, декоративные растения, приборы бокового освещения и пр.)	
II. Реабилитационное оборудование		
1	Шведская стенка	4
2	Батут	2
3	Комплект ящиков - подставок	10

4	Гимнастические скамейки	10
5	Гимнастические палки	50
6	Канаты	2
7	Гимнастические маты	10
8	Гимнастический обруч	50
9	Массажные коврики	10
10	Притч (деревянный топчан реечной конструкции)	50
11	Набор мячей различного диаметра и веса	5
12	Набор для проведения Монтессори - терапии	2
13	Сухой бассейн	2
14	Набор мягких форм специальной мебели	10
15	Компьютерные тренажеры	10
16	Сенсорная комната	1
17	Аппарат функционального биоуправления с обратной связью ("Звуковой луч" и т.п.)	2
18	Специализированный набор психологической коррекции	10
19	Специализированный набор для коррекции речедвигательных нарушений	10
20	Тренажеры для развития мелкой моторики	50
21	Столовые приборы специальной конструкции	по числу детей
22	Тренажер для обучения навыком ходьбы (при тяжелых двигательных нарушениях)	5

1.3. Дома ребенка (на 100 мест)

№ п/п	Наименование оборудования, принадлежность помещений	Количество
I. Помещения и дизайн		
1	Помещение для групповой кондуктивной терапии 30-40 кв. м	1
2	Помещение для групповой кинезотерапии (ЛФК) 30-35 кв. м	1
3	Помещение для компьютерного развивающе-обучающего комплекса 30-35 кв. м	1
4	Помещение для эрготерапии 30-35 кв. м	1
5	Помещение для сенсорной комнаты 15-20 кв. м	1
6	Элементы терапии средой (картины, эстампы, графические работы и др.)	В соответствии с возможностями
7	Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, мягкие напольные интерактивные покрытия с изображением сюжетно-ролевых игр, декоративные растения, приборы бокового освещения и пр.)	
II. Реабилитационное оборудование		
1	Шведская стенка	4
2	Батут	2
3	Комплект ящиков - подставок	10
4	Гимнастические скамейки	10
5	Гимнастические палки	50
6	Канат	2
7	Гимнастические маты	10
8	Гимнастический обруч	50
9	Массажные коврики	10
10	Притч (деревянный топчан реечной конструкции)	50
11	Набор мячей различного диаметра и веса	5
12	Сухой бассейн	2
13	Набор мягких форм специальной мебели	10
14	Компьютерные тренажеры	10
15	Сенсорная комната	1

16	Аппарат функционального биоуправления с обратной связью ("Звуковой луч" и т.п.)	2
17	Тренажеры для развития мелкой моторики	50
18	Столовые приборы специальной конструкции	по числу детей
19	Тренажер для обучения навыкам ходьбы (при тяжелых двигательных нарушениях)	5

*Приложение N 2
к приказу Минздрава РФ
от 14.08.02 № 258*

Инструкция о применении оборудования для осуществления реабилитационного процесса в лечебно-профилактических учреждениях

I. Оборудование применяется для **организации комплексной реабилитации детей** с хроническими заболеваниями и последствиями травм центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, с умственной отсталостью и задержками психического развития различного генеза, в том числе детей-инвалидов.

II. Назначение реабилитационного оборудования:

1. Шведская стенка:

- выработка хвата, увеличение объема движений в конечностях, укрепление антагонистической мускулатуры.

2. Батут:

- тренировка функции равновесия, преодоление вестибулярных и мозжечковых расстройств, оптимизация опоры на стопы;

- выработка, закрепление и оптимизация конструктивного праксиса;

- тренаж для установочных выпрямительных рефлексов и более сложных локомоторных актов в атогенетической последовательности;

- тренировка пространственно-ориентировочных двигательных реакций и навыков.

3. Комплект ящиков-подставок:

- для проведения занятий по кондуктивной терапии, выработки правильной осанки.

4. Гимнастические скамейки:

- тренировка вертикального положения туловища в положении сидя;

- индивидуальные и групповые занятия по кондуктивной терапии с использованием дополнительного спортивно-игрового инвентаря (мячи, гимнастические палки, кольца и т.д.), направленные на увеличение объема движений верхних конечностей, скорость реакции, воспитание манипулятивных функций в условиях удержания вертикальной позы сидя;

- выработка навыков равновесия и тренировка вестибулярной функции;

- улучшение кинематического рисунка шага.

5. Гимнастические палки:

- выработка функции хвата и противопоставления пальцев кисти;

- увеличение объема движений в суставах верхних конечностей;

- преодоление нарушений осанки и порочных установок в позвоночнике;

- укрепление выпрямительной мускулатуры.

6. Канат:

- формирование функций хвата и увеличение объема движений в верхних конечностях;

- поддерживающее устройство при освоении вертикальной позы и локомоторных актов;

- приспособление для игротерапевтических мероприятий (сюжетно-ролевые игры);
- воспитание кинематического рисунка шага, преодоление нарушений функций равновесия и вестибулярных расстройств.

7. Маты:

- выработка разнообразных двигательных навыков и навыков вертикализации у детей с локомоторными расстройствами и задержкой развития опорно-двигательной системы.

8. Гимнастический обруч:

- воспитание хвата и противопоставления пальцев кисти;
- увеличение объема движений в суставах верхних конечностей;
- укрепление мышц живота и поясницы;
- оптимизация функции равновесия.

9. Массажные коврики:

- воздействие на рефлексогенные зоны подошвенной поверхности стоп;
- формирование и укрепление свода стопы;
- преодоление порочных установок стоп;
- оптимизация кинематического рисунка шага.

10. Притч:

- необходим для разнообразных индивидуальных и групповых занятий по кондуктивной терапии, направленных на преодоление двигательных нарушений и вестибулярно-атактических расстройств, а также на выработку навыков вертикализации.

11. Набор мячей разного диаметра и веса:

- гашение примитивных технических рефлексов, снижение мышечного тонуса;
- увеличение объема движений в суставах конечностей, выработка манипулятивных навыков;
- тренировка опороспособности кистей и стоп;
- преодоление аддукторного спазма;
- игротерапия (сюжетно-ролевые игры, сказкотерапия и т.п.).

12. Набор для проведения Монтессори-терапии:

- для развития познавательной сферы ребенка и навыков самообслуживания (для детей в возрасте от 3 до 5 лет).

13. Сухой бассейн:

- развитие двигательной активности;
- тренировка вестибулярного аппарата;
- стимуляция тактильной чувствительности.

14. Набор мягких форм специальной мебели:

- тренировка вестибулярного аппарата;
- для уменьшения аддукторного тонуса мышц бедер.

15. Компьютерные тренажеры:

- развитие мелкой моторики, тактильной чувствительности, устранение влияния примитивных тонических рефлексов, развитие пространственного восприятия, стимуляция высших корковых функций.

16. Компьютерные игры:

- развитие логического, образного мышления, конструктивного праксиса;
- стимуляция образного, цветового, пространственного представления;
- развитие памяти;
- активация манипулятивной деятельности.

17. Специализированный набор психологической коррекции:

- для стимуляции высших корковых функций.

18. Тренажеры (ротационные) и игры (конструкторы Lego, Puzzle):

- развитие манипулятивной активности, мелкой моторики рук, познавательной деятельности.

19. Сенсорная комната:
- повышение мотивации;
- развитие пространственных представлений, гашение гиперкинезов, развитие двигательной активности;
- стимуляция тактильной, зрительной, слуховой чувствительности.

20. Звуковой луч:
- увеличение объема движений в суставах, развитие мелкой моторики рук и гашение произвольных движений;
- развитие и закрепление правильной осанки;
- развитие ощущения собственного тела в пространстве;
- развитие мотивации.

21. Столовые приборы специальной конструкции:
- для выработки навыка самообслуживания.

При отсутствии помещений (Приложение 1, Раздел II п. 1, 2, 4, 6) - для организации реабилитации возможно использование зала для лечебной физкультуры, групповых помещений, холла, рекреаций и т.д.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 03.02.99 № 38*

О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации (извлечения)

*Приложение N 1
к приказу Минздрава РФ
от 03.02.99 № 38*

Положение о кабинете рефлексотерапии

1. Кабинет рефлексотерапии организуется в составе поликлиник, стационаров и других лечебно-профилактических учреждений.

2. Кабинет рефлексотерапии стационара организуется в составе отделений, где имеется потребность в оказании рефлексотерапевтической помощи.

3. **Основными задачами кабинета** рефлексотерапии являются:

- оказание диагностической и лечебно-профилактической помощи больным с использованием современных методов рефлекторной диагностики и терапии;
- освоение и внедрение в практическую работу новейших методов рефлекторной диагностики и терапии;
- консультации больных по направлению врачей других специальностей;
- консультирование врачей других специальностей по внедрению в практику методов рефлекторной диагностики и терапии.

4. Руководит работой кабинета врач-рефлексотерапевт, прошедший послевузовскую подготовку (интернатуру, ординатуру) или специализацию по рефлексотерапии в государственных образовательных учреждениях, владеющий теоретическими знаниями и практическими навыками в области рефлекторной диагностики и терапии у взрослых и детей в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и имеющий сертификат по специальности – «Рефлексотерапия».

5. Кабинет должен располагать достаточным помещением для приема больных, осуществления лечебных процедур, размещения и хранения медицинского оборудования и документации и отвечать всем санитарно-гигиеническим требованиям, предъявляемым к лечебным кабинетам.

**О специализированной помощи больным
при нарушениях речи и других высших психических функций
(извлечения)**

Организация специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций органического и функционального генеза, внедрение принципов **комплексной системы лечения и реабилитации** - неотложная задача здравоохранения.

Дети с выраженными нарушениями речи и других высших психических функций не могут успешно учиться, усваивать общеобразовательную программу, в связи с чем примерно 50 процентов стойко неуспевающих в начальных классах переводятся в категорию умственно отсталых.

Особую клиническую сложность представляют больные с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы при поражениях левого полушария. По далеко неполным данным в России ежегодно регистрируется около 400 тыс. инсультов, 30 процентов из них умирает. Из оставшихся в живых примерно 40 процентов имеют нарушения высших психических функций, в том числе речи...

*Приложение N 4
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава РФ
от 28.12.98 г. N 383*

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ
НЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЯМИ, ДИЗАРТРИЯМИ И
ЛОГОНЕВРОЗАМИ**

Дневной стационар для больных с дизартрией и афазией

1. Дневной стационар на 25-30 мест является структурным подразделением учреждения здравоохранения и предназначен для специализированной помощи лицам с нарушениями речи и других высших психических функций.

2. Предназначен для лечения больных, которым по их состоянию не противопоказано самостоятельное передвижение по городу, но требуются **меры нейрореабилитации**, по объему и интенсивности, приближенные к условиям стационара.

3. Режим посещений и продолжительность курса лечения назначается врачом соответственно соматическому состоянию пациента (от 2 до 6 раз в неделю). Курс лечения до 90 дней.

4. Организуется в составе Центра патологии речи и нейрореабилитации, в территориальных поликлиниках и других лечебно-профилактических учреждениях.

5. Основные задачи:

- **комплексное восстановительное лечение** больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазией, дизартрией, нарушением письма, чтения, счета, праксиса и гнозиса) вследствие сосудистых, травматических, нейроинфекционных заболеваний центральной нервной системы, а также оперативных вмешательств на головном мозге;

- уточнение диагноза и решение экспертных вопросов в случаях, требующих длительного наблюдения пациентов врачами, дефектологами и психологами;
- **трудовая и бытовая реабилитация пациентов**, оказание им социально-правовой помощи.

6. Комплексное лечение и **нейрореабилитация** пациентов осуществляется с использованием: медикаментозного лечения, ежедневной логотерапии (индивидуальные и групповые занятия), нейропсихологической диагностики, лечебной физкультуры, массажа и других методов реабилитации.

*Приложение N 6
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава РФ
от 28.12.98 г. N 383*

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ
С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ
(С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ И ТЯЖЕЛЫХ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ)**

1. Стационар на дому является структурным подразделением Центра патологии речи и нейрореабилитации, многопрофильной больницы или другого лечебно-профилактического учреждения...

3. Штаты персонала стационара на дому утверждаются в установленном порядке.

4. В задачу стационара на дому входит оказание комплексной **нейрореабилитационной помощи** больным, состояние которых отягощено сопутствующими соматическими заболеваниями, исключающими возможность самообслуживания и самостоятельного передвижения, и значительно препятствующими осуществлению восстановительного процесса в условиях суточного стационара.

5. В стационар на дому больные поступают по направлению отборочной комиссии.

6. На отборочную комиссию пациенты направляются врачами и логопедами лечебно-профилактических учреждений по завершении стационарного лечения по поводу острого периода заболевания.

7. Курс лечения в стационаре на дому составляет 90 дней. Осмотры больных на дому проводятся врачами (неврологом и терапевтом) не реже 1 раза в две недели. Дополнительно по показаниям назначаются осмотры нейропсихолога, психиатра. В зависимости от состояния больного логопедические занятия проводятся от 1 до 3 раз в неделю.

8. **Программа восстановительного лечения в стационаре на дому** наряду с медикаментозной терапией предусматривает индивидуальные логопедические занятия, массаж, лечебную физкультуру, психотерапию, в том числе семейную, и социальную работу.

9. Врачи стационара на дому работают во взаимодействии с участковыми терапевтами и неврологами.

*Приложение N 8
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава РФ
от 28.12.98 г. N 383*

**ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
МЕДИЦИНСКОГО, ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНОГО ПЕРСОНАЛА
УЧРЕЖДЕНИЙ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С
НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**

1. Центры патологии речи и нейрореабилитации, **специализированные стационарные отделения, в том числе дневные стационары** для оказания помощи больным с патологией речи и других высших психических функций.

1.1. Врачебный персонал:

1.1.1. Должности врачей-неврологов устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

1.1.2. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 25 коек (мест).

1.1.3. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 15 коек (мест).

1.1.4. **Должности врачей-физиотерапевтов** устанавливаются из расчета 1 должность в учреждении (отделении).

1.1.5. **Должности врачей по лечебной физкультуре** устанавливаются в соответствии с нормами, утвержденными приказом МЗ СССР от 29.12.85 г. N 1672.

1.1.7. Должности **заведующих специализированными отделениями** устанавливаются: в отделениях до 40 коек (мест) вместо 0,5 ставки врача; в отделениях на 40 и более коек (мест) - сверх должностей врачей...

1.4. Иной персонал:

1.4.1. Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

1.4.2. Должности логопедов устанавливаются в соответствии с расчетными нормами, указанными в приложении 11.

1.4.3. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

2. **Стационары на дому** для больных с нарушениями речи и других высших психических функций:

2.1. Медицинский персонал:

2.1.1. Должности врачей-неврологов и врачей-терапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 50 больных.

2.1.2. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на стационар.

2.1.3. Должности заведующих стационаром устанавливаются до 25 больных вместо 0,5 должности врача, на 25 и более больных - сверх должностей врачей...

2.2. Иной персонал:

2.2.1. Должности логопедов устанавливаются в соответствии с расчетными нормами, указанными в приложении 11.

2.2.2. Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 25 больных.

2.2.3. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 20 больных...

3. **Логопедические кабинеты:**

3.1. Логопедические кабинеты организуются из расчета не менее одного на 100 тыс. взрослого населения и не менее одного на 10 тыс. детского и подросткового населения...

**О мерах по улучшению медицинской помощи
больным с нарушениями мозгового кровообращения
(извлечения)**

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ *приказом регламентировано:*

2.1. Разработать и утвердить **региональные целевые программы «Нарушения мозгового кровообращения»**, предусмотрев в них:

- организацию системы поэтапной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК)...
- проведение первичной и вторичной профилактики ОНМК.

3. Для оказания квалифицированной медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения **в штатах** соответствующих структурных подразделений больничных учреждений **дополнительно ввести:**

- должность врача по лечебной физкультуре из расчета 1 должность на 60 коек для больных с нарушением мозгового кровообращения;
- должность инструктора по лечебной физкультуре из расчета 1 должность на 30 коек для больных с нарушением мозгового кровообращения;
- должность медицинской сестры по массажу из расчета 1 должность на 20 коек для больных с нарушением мозгового кровообращения;
- должность медицинской сестры по физиотерапии из расчета 1 должность на 20 коек для больных с нарушением мозгового кровообращения...

*Приложение N 7
к приказу Минздрава РФ
от 25.01.99 № 25*

**Положение
о неврологическом реабилитационном отделении
для больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения**

1. Неврологическое реабилитационное отделение для больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения создается для больных с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения на базе многопрофильных больниц, больниц скорой помощи или медико-санитарных частей.

2. Отделение для обеспечения своей деятельности использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений больницы, в составе которых оно организовано.

3. Руководство отделением осуществляется заведующим, назначаемым и увольняемым главным врачом больницы в установленном порядке.

4. В отделение госпитализируются больные на восстановительно-реабилитационное лечение после предшествующего стационарного этапа лечения в специализированном неврологическом отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения или в других отделениях.

5. Показаниями для госпитализации в отделение являются последствия перенесенного инсульта с двигательными и речевыми нарушениями при благоприятном реабилитационном прогнозе в сроки, не превышающие 1 года от развития инсульта, а

также аналогичные последствия других острых неврологических и нейрохирургических заболеваний.

6. Противопоказаниями для госпитализации больных в отделение являются стойкие остаточные явления инсульта, с невозможностью передвижения и самообслуживания, тазовые нарушения, психические расстройства, нестабильная стенокардия и артериальная гипертензия, сердечная недостаточность 2-3 степени, онкологические заболевания и туберкулез.

7. В условиях стационара должно быть обеспечено в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи необходимые дополнительные исследования, консультации специалистов и комплексное восстановительное лечение.

8. Кочная мощность отделений определяется числом больных, нуждающихся ежегодно в стационарной неврологической реабилитационной помощи в данном регионе.

9. Для осуществления реабилитации в условиях стационара необходимо включение в штат реабилитационного отделения следующих специалистов: неврологов, владеющих методами реабилитации, терапевта (кардиолога), нейропсихолога (логопеда), психотерапевта (медицинского психолога), врача-физиотерапевта, методистов ЛФК, массажистов, медицинской сестры кабинета физиотерапии, медицинских сестер, санитарок-уборщиц.

Конкретная численность указанных специалистов определяется кочным фондом реабилитационного отделения.

10. В отделениях, предназначенных для реабилитации больных различного профиля, больные, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, размещаются отдельно от больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговых травм, других неврологических заболеваний.

11. Больные с нарушениями речи и других высших психических функций могут быть направлены в подразделения специализированной логопедической службы.

*Приложение N 8
к приказу Минздрава РФ
от 25.01.99 № 25*

Положение об отделении (кабинете) восстановительного лечения для больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения

1. Отделение (кабинет) восстановительного лечения больных с двигательными и речевыми нарушениями создается для больных с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения и других неврологических и нейрохирургических заболеваний как самостоятельное подразделение или кабинет в составе отделения восстановительного лечения на базе поликлиник, врачебно - физкультурных диспансеров или медико-санитарных частей.

2. Отделение (кабинет) для обеспечения своей деятельности использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений лечебного учреждения, в составе которого оно организовано.

3. Руководство отделением или кабинетом в составе отделения восстановительного лечения осуществляется заведующим отделением, назначаемым и увольняемым главным врачом лечебного учреждения в установленном порядке.

4. В отделение (кабинет) направляются больные на восстановительное лечение после предшествующего стационарного этапа лечения и реабилитации.

5. Показаниями для направления в отделение являются последствия перенесенного инсульта и других неврологических и нейрохирургических заболеваний с двигательными и речевыми нарушениями при благоприятном реабилитационном прогнозе и возможности

самостоятельной ходьбы, а также аналогичные последствия других острых неврологических и нейрохирургических заболеваний.

6. Противопоказаниями для госпитализации больных в отделение являются стойкие остаточные явления инсульта, затрудняющие передвижение и самообслуживание, тазовые нарушения, психические расстройства, нестабильная стенокардия и артериальная гипертензия, сердечная недостаточность 2-3 степени, онкологические заболевания и туберкулез.

7. В условиях отделения должны быть обеспечены в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи необходимые дополнительные исследования, консультации специалистов и комплексное восстановительное лечение.

8. Штаты отделения устанавливаются в соответствии со штатными нормативами отделений для восстановительного лечения амбулаторно-поликлинического звена с включением в штат невролога, логопеда, медицинского психолога или психотерапевта, социального работника, методиста ЛФК, массажиста, медицинской сестры кабинета физиотерапии, медицинской сестры, санитарки-уборщицы.

9. Больные с нарушениями речи и других высших психических функций могут быть направлены в подразделения специализированной логопедической службы.

УТВЕРЖДЕНЫ
Минздравом РФ
от 26.12.00 № 2510/14162-34

Методические рекомендации
«Принципы диагностики и лечения
больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения»
(извлечения)

I. Критерии диагностики отдельных форм ОНМК

К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже - часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и др. нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения...

II. Этапное ведение больных с ОНМК

Основные принципы организации медицинской помощи при инсульте.

- I. Диагностика инсульта на догоспитальном этапе.
- II. Максимально ранняя госпитализация всех больных с ОНМК.
- III. Диагностика характера инсульта.
- IV. Уточнение патогенетического подтипа ОНМК.
- V. Выбор оптимальной лечебной тактики.
- VI. Реабилитация и мероприятия по вторичной профилактике инсульта.**

V. Реабилитация больных с ОНМК

V.1 Основные задачи реабилитации.

1. Восстановление (улучшение) нарушенных функций.
2. Психическая и социальная реадaptация.
3. Профилактика постинсультных осложнений (спастичность, контрактуры и др.).

V.2 Показания и противопоказания к реабилитации.

В проведении реабилитационных мероприятий нуждаются все больные с ОНМК. Противопоказаниями к активной реабилитации являются:

1. тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации;
2. психические нарушения.

V.3 Основные принципы реабилитации.

Основными принципами реабилитации являются: раннее начало, длительность и систематичность, этапность, комплексность, активное участие больного.

Длительность реабилитации определяется сроками восстановления нарушенных функций: максимальное улучшение двигательных функций отмечается в первые 6 месяцев, бытовых навыков и трудоспособности - в течение 1 года, речевых функций - на протяжении 2-3 лет с момента развития ОНМК.

V.4 Организация этапной помощи больным, перенесшим ОНМК.

1. Ангионеврологическое отделение многопрофильного стационара.
2. Отделение ранней реабилитации многопрофильной больницы:
 - пациенты переводятся, как правило, через 1 месяц с момента развития инсульта,
 - проводится полный курс восстановительного лечения,
 - длительность курса составляет 1 месяц.
3. Дальнейшее лечение определяется выраженностью неврологического дефекта:
 - А) при наличии двигательных, речевых и др. нарушений больной направляется в реабилитационный центр или реабилитационный санаторий;
 - Б) при отсутствии выраженных неврологических нарушений больной направляется в местный санаторий неврологического или сердечно-сосудистого профиля;
 - В) больные с тяжелыми остаточными неврологическими нарушениями или имеющие противопоказания к проведению активной реабилитации выписываются домой или переводятся в специализированную больницу по уходу.
4. Больные с умеренной выраженностью остаточных неврологических нарушений продолжают реабилитацию в амбулаторных условиях (восстановительные отделения или кабинеты поликлиник).
5. Повторные курсы стационарной реабилитации показаны при продолжающемся восстановлении нарушенных функций и перспективе восстановления трудоспособности.

VI. Профилактика повторных ОНМК

Риск развития инсульта при обратимых формах цереброваскулярной патологии (ТИА, малый инсульт) высок и составляет не менее 5% в год. Профилактика повторных ОНМК должна проводиться с учетом патогенетических механизмов их развития.

Если причиной ТИА или малого инсульта оказалась кардиогенная эмболия, помимо коррекции (медикаментозной, хирургической) сердечной патологии показан прием антикоагулянтов непрямого действия или антиагрегантов. В случае выявления малого глубинного (лакунарного) инфаркта, патогенетически связанного с АГ, основным

направлением предупреждения повторных ОНМК становится проведение адекватной антигипертензивной терапии.

Сложнее профилактика инсульта у больных с атеросклеротическими изменениями сонных артерий (атеротромботический, гемодинамический инсульт, а также вследствие артерио-артериальной эмболии). Значимость патологии сонной артерии для конкретного больного определяется индивидуальными особенностями строения сосудистой системы мозга, выраженностью и распространенностью ее поражения, а также структурой атеросклеротических бляшек.

В настоящее время у больных с ТИА и малым инсультом при патологии сонных артерий общепризнанными являются два направления предупреждения инсульта:

1. применение антиагрегантов;
2. проведение ангиохирургической операции: ликвидация стеноза сонной артерии, при наличии противопоказаний к ней может выполняться кранио-церебральное шунтирование.

Назначение антиагрегантов больным, перенесшим ТИА или малый инсульт, снижает у них риск развития повторного инсульта на 20-25%. В случае значительного стеноза сонной артерии (более 70% просвета сосуда) на стороне пораженного полушария мозга каротидная эндартерэктомия как средство предупреждения повторного ОНМК существенно эффективнее применения антиагрегантов. Обязательным условием является проведение операции в специализированной клинике, в которой уровень осложнений, связанных с операцией, не превышает 3-5%. При стенозе сонной артерии до 30% предпочтение отдается медикаментозной профилактике. Операция может стать необходимой, если осложненная бляшка среднего размера становится источником повторной церебральной эмболии.

Предупреждение повторных ОНМК у пациентов, переживших геморрагический инсульт, заключается:

1. у больных с артериальной гипертонией - в проведении адекватной антигипертензивной терапии;
2. у больных с кровоизлиянием вследствие разрыва артериальной аневризмы или артерио-венозной мальформации - в проведении ангиохирургической операции.

Приложение IV

Реабилитационные мероприятия

А. Основные методы реабилитации

А.1. При двигательных нарушениях:

1. Кинезотерапия, включая обучение ходьбе.
2. Бытовая реабилитация, включая обучение навыкам самообслуживания (может быть включена в курс занятий кинезотерапией).
3. Электростимуляция нервно-мышечного аппарата.
4. Борьба со спастичностью, включая прием миорелаксантов (сирдалуд, баклофен, мидокалм), тепловые процедуры (аппликации парафина, озокерита), избирательный или точечный массаж.
5. Профилактика контрактур, возникающих на фоне постинсультных трофических изменений суставов (артропатии), включая теплолечение (аппликации парафина, озокерита), обезболивающие электрофизиопроцедуры (СМТ, ДД-токи, ЧЭНС, электро- или фонофорез лекарственных веществ).

6. Ортопедические мероприятия: использование лонгеток, специальных приспособлений для ходьбы, ортопедической обуви.

А.2. *При речевых нарушениях* - занятия с логопедом афазиологом по восстановлению речи, чтения, письма, счета.

А.3. *При центральном постинсультном болевом синдроме* назначение антидепрессантов (амитриптилин) и карбамазепина (тегретол, финлепсин) в индивидуальной дозировке.

А.4. *Нейротрофическая медикаментозная терапия.* Особенно показана при нарушениях речи, когнитивных расстройствах, сниженной психической и двигательной активности:

- церебролизин 5 мл в/м или по 10-15 мл в/в капельно на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия N 20-30 ежедневно 2-3 раза в течение первого года,
- пирацетам 2,4 - 4,8 г в сутки в течение нескольких месяцев,
- семакс 0,1% по 2 капли в каждый носовой ход 3-6 раз в день в течение 2 месяцев.

А.5. *Психотерапия* (элементы психотерапии включаются в занятия кинезотерапией, в практику логопеда - афазиолога, невролога реабилитолога).

IV.Б. Дополнительные методы реабилитации.

Б.1. Биоуправление с обратной связью по электрокимограмме при гемипарезах.

Б.2. Биоуправление с обратной связью по стабилограмме при нарушениях равновесия и ходьбы.

Б.3. Иглорефлексотерапия и/или электроакупунктура при мышечной спастичности и болевых синдромах.

Б.4. Трудотерапия в специально оборудованных мастерских.

Б.5. Психотерапия, проводимая специалистом - психотерапевтом.

Некоторые дополнительные методы реабилитации могут применяться только в специализированных центрах реабилитации в силу их сложности, дороговизны и отсутствия необходимых квалифицированных специалистов.

ПРИКАЗ
Минздрава СССР
от 15.12.88 № 881

О СОЗДАНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ *(извлечения)*

Приложение
к приказу Минздрава СССР
от 15.12.88 N 881

ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

1. Перинатальный центр создается... в целях совершенствования медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям улучшения преимственности в деятельности акушерской и педиатрической служб; снижения заболеваемости, смертности и инвалидности женщин и детей, является самостоятельным учреждением. При необходимости функции перинатального центра могут быть возложены на структурное

подразделение многопрофильной больницы.

III. Педиатрический блок включает:

- отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с изоляторами не менее 6 коек с учетом обслуживания региона;
- отделение для выхаживания недоношенных детей II-го этапа;
- отделение патологии новорожденных для больных соматического профиля с платами (боксами) для гнойно-септической патологии;
- **отделение для реабилитации неврологических больных в возрасте до трех месяцев жизни;**
- кабинет физиотерапии;
- отделение функциональной диагностики с кабинетом ультразвукового обследования;
- лаборатория экспресс-диагностики.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ и РАМН
от 20.07.01 N 272/68*

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МИНЗДРАВА РОССИИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ (извлечения)

Во исполнение решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ от 09.01.2001 протокол N 1 «Младенческая смертность в Российской Федерации. Пути снижения» и в целях создания научно обоснованной системы комплексной реабилитации маловесных детей

приказом утверждено:

1. Организовать **Научно-практический центр Минздрава России по реабилитации маловесных детей** (далее Центр) на функциональной основе на базе Научного Центра здоровья детей Российской академии медицинских наук.

*Приложение
к приказу МЗ РФ и РАМН
от 20.07.01 N 272/68*

ПОЛОЖЕНИЕ О НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ МИНЗДРАВА РОССИИ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Научно-практический центр Минздрава России **по реабилитации маловесных детей** (далее Центр) создается на функциональной основе на базе Научного Центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (далее НЦЗД РАМН).

2. ЗАДАЧИ ЦЕНТРА

2.1. Разработка современных технологий диагностики, лечения перинатальной патологии, реабилитации и организационных форм наблюдения за состоянием здоровья детей, родившихся маловесными.

2.2. Разработка принципов вакцинации маловесных детей.

2.3. Организационно-методическая работа по совершенствованию медицинской помощи и **созданию центров комплексной реабилитации маловесных детей в РФ**

2.4. поэтапное консультирование и оказание медицинской и медико-психологической помощи детям, родившимся маловесными (в соответствии с лицензией НЦЗД РАМН).

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 27.05.99 N 202*

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
(извлечения)

Приложение N 1

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
КАБИНЕТА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

1. Основные положения.

1.1. Ревматологический кабинет (далее именуемый кабинет) организуется в соответствии с действующими штатными нормативами в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

1.2. Штаты медицинского персонала кабинета устанавливаются в зависимости от объема выполняемой работы и с учетом рекомендуемых норм нагрузки на врача-ревматолога.

2. Функциями кабинета являются:

2.1. Организация и проведение всего комплекса профилактики, диагностики и амбулаторного лечения больных ревматическими заболеваниями всех нозологических групп, в т.ч. с использованием дневных стационаров.

2.2. Разработка совместно с врачами смежных специальностей индивидуальных **комплексов лечения и реабилитации** больных ревматологического профиля.

2.3. Диспансерное наблюдение за больными, страдающими:

ревматизмом и ревматическими пороками сердца, ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилоартритом (болезнью Бехтерева), остеоартрозом и ревматическими заболеваниями коленных и тазобедренных суставов, подагрой, реактивными артритами, в т.ч. болезнью Рейтера, Лайм-артритом, системными заболеваниями соединительной ткани (системной красной волчанкой, системной склеродермией, дермато-полимиозитом, болезнью Шегрена, системными васкулитами и др.), псориатическим артритом.

Приложение N 3

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

1. Основные положения.

1.1. Территориальный ревматологический центр (далее именуемый Центр) создается на функциональной основе на базе многопрофильной больницы, имеющей специализированное ревматологическое отделение по решению соответствующего органа управления здравоохранением...

3. В соответствии с основной задачей на Центр возлагаются следующие функции:

3.1. Разработка и внедрение мероприятий по совершенствованию организации профилактики, ранней диагностики, эффективного лечения, **диспансеризации и реабилитации больных ревматическими заболеваниями.**

3.2. Оказание квалифицированной консультативно-лечебной помощи ревматологическим больным, а также консультативной помощи ревматологам и врачам смежных специальностей.

3.3. Диспансерное наблюдение за группой больных особо тяжелыми системными ревматическими заболеваниями, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства.

3.4. Участие в разработке и осуществлении мероприятий по **медико-социальной реабилитации** ревматологических больных...

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 02.04.99 № 105*

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА (извлечения)

В последние годы в Российской Федерации, как и во всех развитых странах мира, наблюдается тенденция к росту числа больных с нарушениями слуха, количество которых в настоящее время превышает 12 млн. человек, из них более 600 тыс. детей.

Эффективность реабилитации больных с тугоухостью определяется обеспечением раннего выявления нарушений слуха, начиная с периода новорожденности, использованием современных методов диагностики, лечения и реабилитации.

*РЕШЕНИЕ
Коллегии Минздрава РФ
от 13.02.91 N 3-1*

О ПУТЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (извлечения)

Приложение N 1

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

1. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии (ЦАПХ) является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения и **предназначен для оказания высококвалифицированной медицинской помощи** хирургическим больным, достижения принципиально нового уровня качества и культуры амбулаторно-поликлинической службы **путем активного выявления, лечения и реабилитации больных** хирургического профиля.

1. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии осуществляет постоянную взаимосвязь и преемственность с консультативно-диагностическими Центрами, поликлиниками, амбулаториями, многопрофильными больницами, хирургическими отделениями стационаров, медико-санитарными частями, сотрудничает с научно-исследовательскими и учебными институтами по вопросам отбора больных для лечения в Центре, консультаций, реабилитации, методической работы, апробации и внедрению новых методов диагностики и лечения.

**О мерах
по совершенствованию травматолого-ортопедической службы
(извлечения)**

«... В целях совершенствования организации травматолого-ортопедической службы, **повышения качества оказания медицинской помощи больным с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата**»

приказом регламентировано:

«...при направлении больных на консультацию и лечение в клиники НИИ травматологии и ортопедии Минздрава России руководствоваться «Перечнем специализированных центров для взрослых и детей по травматологии и ортопедии» (приложение б) и порядком направления больных на консультацию и лечение в клиники федеральных учреждений, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации...»

*Приложение N 6
к приказу Минздрава РФ
от 20.04 99 № 140*

**Перечень специализированных центров
для взрослых и детей по травматологии и ортопедии**

№№	Наименование вида травматолого-ортопедической помощи	Наименование научно- исследовательского института
1	Артроскопия и эндохирургия суставов	Центральный НИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова (ЦИТО), Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена (РНИИ ТО) Новосибирский НИИ ТО
2	Хирургия кисти и микрохирургия	ЦИТО, РНИИ ТО, Нижегородский НИИ ТО, Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации
4	Реабилитация последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата	Нижегородский НИИ ТО, РНИИ ТО, Научный центр НИИ ТО
5	Патология суставов	Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова, Уральский НИИ ТО, Новосибирский НИИ ТО, Саратовский НИИ ТО
6	Диагностика и лечение остеопороза	ЦИТО, Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова
7	Аномалии развития конечностей	Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова
9	Хирургия и нейрохирургия позвоночника	Новосибирский НИИ ТО, РНИИ ТО, ЦИТО, Уральский НИИ ТО
11	Детская ортопедия, реабилитация детей и подростков	Российский НИИ детский ортопедический институт, ЦИТО, РНИИ ТО, Новосибирский НИИ ТО, Саратовский НИИ ТО

*ПРИКАЗ
Минздрава РСФСР
от 15.11.91 № 186*

**О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РСФСР
(извлечения)**

Приложение № 1

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ЦЕНТРЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ <*>**

1. Центр планирования семьи и репродукции создается... главными управлениями и управлениями здравоохранения в целях развития службы планирования семьи, создания системы охраны репродуктивного здоровья, совершенствования медицинской помощи женщинам...

Имеет следующие отделения:

...7. Отделение реабилитации:

- реабилитация пациенток после гинекологических операций и после осложненных родов (сепсис, гестоз, кровопотеря), аборт;
- реабилитация при экстрагенитальных и гинекологических заболеваниях;
- социальная реабилитация и трудоустройство.

*ПРИКАЗ
Минздрава РФ
от 03.03.98 № 56*

**О СОЗДАНИИ НАУЧНО-УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННЫМИ И НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МИНЗДРАВА РОССИИ
(извлечения)**

*Приложение
к приказу Минздрава России
от 03.03. 98 N 56*

**ПОЛОЖЕНИЕ О НАУЧНО-УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМ
ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ И
НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Научно-учебно-методический центр реабилитации и социальной адаптации детей с врожденными и наследственными заболеваниями нервной системы Министерства здравоохранения РФ (далее - Центр) создается на базе кафедры клинической генетики факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета (далее РГМУ) на функциональной основе.

2. Центр в своей деятельности руководствуется законодательством РФ, Уставом РГМУ и настоящим Положением.

1.3. Руководитель Центра назначается и освобождается от должности РГМУ по

согласованию с Минздравом России.

1.4. Центр осуществляет свою деятельность в сотрудничестве с клиническими, научными и другими подразделениями РГМУ, а также различными учреждениями на договорных началах.

2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА:

2.1. Проведение научных исследований в соответствии с утвержденными основными направлениями с целью разработки и внедрения в практику здравоохранения эффективной системы лечебно-профилактической помощи детям с врожденными и наследственными заболеваниями нервной системы.

2.2. Обеспечение координации научных исследований по разрабатываемым проблемам.

2.3. Организационно-методическая работа по совершенствованию медицинской помощи детям РФ, страдающим врожденными и наследственными заболеваниями нервной системы.

2.4. Подготовка и повышение квалификации специалистов по проблеме в соответствии с Уставом РГМУ.

3. ЦЕНТР ИМЕЕТ ПРАВО НА:

3.1. Хоздоговорную деятельность с организациями, предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями РФ, родителями или родственниками пациентов стран СНГ и дальнего зарубежья в соответствии с Уставом РГМУ.

3.2. Международную деятельность в рамках участия в международных программах и ассоциациях по проблеме.

3.3. Организацию и проведение съездов, конференций и семинаров, издание в установленном порядке научных трудов, методических рекомендаций.

4. Центр ежегодно представляет в профильное Управление Минздрава России отчеты о проделанной работе.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

ГЛАВА 1. Федеральное законодательство об охране здоровья граждан и порядке реабилитации инвалидов в Российской Федерации	5
Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, утв. ВС РФ от 22.07.93 № 5487-1 (<i>извлечения</i>).....	5
Постановление Правительства РФ от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (<i>извлечения</i>)	9
Распоряжение Правительства РФ от 24.09.01 № 1270-р «Концепция демографического развития РФ на период до 2015 года» (<i>извлечения</i>) ФЗ от 24.11.95 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (<i>извлечения</i>)	10
Федеральный закон от 24.11.95 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (<i>извлечения</i>)	11
Постановление Минтруда и социального развития РФ, приказ Минздрава РФ от 29.01.97 N 1/30 «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы» (<i>извлечения</i>).....	14
ГЛАВА 2. Лицензирование и аттестация. Квалификационные характеристики врачей-специалистов	17
Постановление Правительства РФ от 04.07.02 № 499 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» (<i>извлечения</i>)	17
Приказ Минтруда и соцразвития РФ от 03.08.01 № 151 «Об аттестации специалистов с высшим медицинским и психологическим образованием учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы, государственной службы реабилитации инвалидов, социального обслуживания и протезно-ортопедических предприятий» (<i>извлечения</i>)	19
Приказ Минздрава РФ от 09.08.01 № 314 «О порядке получения квалификационных категорий» (<i>извлечения</i>)	24
Письмо Минздрава РФ от 13.11.01 № 2510/11568-01-32 «О применении положения о порядке получения квалификационных категорий специалистами, работающими в системе здравоохранения Российской Федерации» (<i>извлечения</i>)	25
Информационное письмо Минздравмедпрома РФ от 07.08.95 15-00 «О сертификате специалиста» (<i>извлечения</i>)	27
Приказ Минздрава СССР от 08.02.85 № 146 «О клинических кафедрах и курсах» (<i>извлечения</i>)	28
Приказ Минздрава РФ от 27.08.99 № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (<i>извлечения</i>)	28
Приказ Минздрава СССР от 25.09.91 № 271 «Об утверждении профессиональных требований на квалификационные категории врачей-специалистов» (<i>извлечения</i>)	29
Приказ Минздрава СССР от 21.07.88 № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей специалистов» (<i>извлечения</i>)	33
Приказ Минздрава РФ от 19.08.97 № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» (<i>извлечения</i>)	34
Постановление Минтруда и соцразвития РФ от 05.04.00 № 28 «Об утверждении разрядов оплаты труда и тарифно-квалификационных характеристик по должностям работников учреждений Государственной службы медико-социальной	

экспертизы и отдельным должностям работников бюджетных организаций социального обслуживания РФ» (<i>извлечения</i>)	37
Приказ Минздрава РФ от 20.08.01 № 337 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры» (<i>извлечения</i>)	40
Приказ Минздрава РФ от 01.07.03 № 297 «О врачах восстановительной медицины» (<i>извлечения</i>)	47
Приказ Минздрава СССР от 11.10.82 № 999 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» (<i>извлечения</i>)	48
Постановление Минтруда и соцразвития РФ от 27.07.99 № 29 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности социально-оздоровительных центров граждан пожилого возраста и инвалидов» (<i>извлечения</i>).....	50
ГЛАВА 3. Стандартизация медицинских услуг	51
Приказ Минздрава РФ от 03.08.99 № 303 «О введении в действие . отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования» (<i>извлечения</i>)	51
Приказ Минздрава РФ от 31.07.00 № 299 «О введении в действие отраслевого стандарта «Технологии выполнения простых медицинских услуг» (<i>извлечения</i>)	52
Приказ Минздрава РФ от 10.04.01 № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» (<i>извлечения</i>)	53
Приказ Минздрава РФ от 16.07.01 № 268 «О введении в действие отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги» (<i>извлечения</i>)	57
Письмо ГТК РФ от 23.01. 02 N 01-06/2672 «О распоряжении ГТК России от 06.11.2001 N 1031-Р» (<i>извлечения</i>)	59
ГЛАВА 4. Стационарзамещающие технологии	61
Приказ Минздрава РФ от 09.12.99 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» (<i>извлечения</i>)....	61
Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях, утв. Минздравом РФ и НИИ ОиИЗ от 17.11.00 N 2000/166 (<i>извлечения</i>)	62
Методические рекомендации «Организация стационарзамещающих форм медицинской помощи населению», утв. Минздравом РФ и ЦНИИ ОиИЗ от 04.11.02 № 2002/106 (<i>извлечения</i>)	63
ГЛАВА 5. Реабилитация в системе специализированной помощи. Населению	66
Приказ Минздрава РФ от 03.06.03 № 229 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (<i>извлечения</i>)	66
Приказ Минздрава РФ от 01.07.03 № 296 «О совершенствовании организации восстановительного лечения в Российской Федерации» (<i>извлечения</i>)	68
Приказ Минздрава СССР от 06.08.81 № 826 «О положении и штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь, больниц (отделений) восстановительного лечения» (<i>извлечения</i>)	70
Постановление Минтруда и соцразвития РФ, приказ Минздрава РФ и Минобразования РФ от 23.12.96 № 21/41/515 «Об утверждении примерного положения о реабилитационном учреждении» (<i>извлечения</i>)	72

Приказ Минздрава РФ от 28.07.99 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» <i>(извлечения)</i>	74
Приказ Минздрава РФ от 30.09.99 № 356 «О мерах по совершенствованию медицинской и социальной реабилитации больных с последствиями детского церебрального паралича» <i>(извлечения)</i>	75
Приказ Минздрава РФ от 18.10.99 № 378 «Об организации работы учреждений медицинской и социальной реабилитации подростков и взрослых с последствиями детского церебрального паралича» <i>(извлечения)</i>	76
Приказ Минздрава РФ от 14.08.02 № 258 «О совершенствовании реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства» <i>(извлечения)</i>	80
Приказ Минздрава РФ от 03.02.99 № 38 «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации» <i>(извлечения)</i>	85
Приказ Минздрава РФ от 28.12.98 № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций» <i>(извлечения)</i>	86
Приказ Минздрава РФ от 25.01.99 № 25 «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения» <i>(извлечения)</i>	89
Методические рекомендации «Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения», утв. Минздравом РФ от 26.12.00 № 2510/14162-34 <i>(извлечения)</i>	91
Приказ Минздрава СССР от 15.12.88 № 881 «О создании перинатальных центров» <i>(извлечения)</i>	94
Приказ Минздрава РФ и РАМН от 20.07.01 N 272/68 «Об организации научно-практического центра Минздрава России по реабилитации маловесных детей» <i>(извлечения)</i>	95
Приказ Минздрава РФ от 27.05.99 N 202 «О совершенствовании медицинской помощи больным ревматическими заболеваниями» <i>(извлечения)</i>	96
Приказ Минздрава РФ от 02.04.99 № 105 «О совершенствовании специализированной медицинской помощи больным с нарушениями слуха» <i>(извлечения)</i>	97
Решение Коллегии Минздрава РФ от 13.02.91 N 3-1 «О путях совершенствования организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях» <i>(извлечения)</i>	97
Приказ Минздрава РФ от 20.04.99 № 140 «О мерах по совершенствованию травматолого-ортопедической службы» <i>(извлечения)</i>	98
Приказ Минздрава РСФСР от 15.11.91 № 186 «О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РСФСР» <i>(извлечения)</i>	99
Приказ Минздрава РФ от 03.03.98 № 56 «О создании научно-учебно-методического центра реабилитации и социальной адаптации детей с врожденными и наследственными заболеваниями нервной системы Минздрава России» <i>(извлечения)</i>	99