

Теоретическое занятие №1

Тема: Порядок и условия установления инвалидности. Группы инвалидности.

План:

1. Понятие инвалидности.
2. Группы инвалидности.

Конспект

По оценкам ВОЗ 2019 года, почти 15 % населения во всем мире имеет инвалидность (что превышает сделанные ранее оценки ООН на 10 %). Согласно официальной статистике, в России проживает ок. 10 млн инвалидов, по оценке Агентства социальной информации — не менее 15 млн. Официальная статистика учитывает численность инвалидов, имеющих непросроченное свидетельство об инвалидности, в то время как к ним можно также отнести людей, попадающих под определение инвалидности, но не знающих об этом или не оформивших соответствующий статус.

Исторические понятия «инвалидности» и «инвалид» в России связывались с понятием «нетрудоспособность» и «больной». И нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости.

Специалисты долгое время рассматривали понятие «инвалидность», отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности, как основном показателе инвалидности.

Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может - определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев. Понятие «инвалид» сужалось до понятия «неизлечимо больной».

Таким образом, социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях отступала на второй план, и понятие «инвалид» не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии.

С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем инвалидности и инвалидов в связи со сложной социально-экономической ситуацией в стране утратили свою эффективность. А вместе с тем, инвалидность является одним из важнейших показателей социального благополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человеком-инвалидом и обществом. Учитывая тот факт, что проблемы инвалидов затрагивают не только их личные интересы, но и в определенной

степени касаются их семей, зависят от уровня жизни населения и других социальных факторов, можно констатировать, что их решение лежит в общенациональной, а не узковедомственной плоскости и во многом определяет лицо социальной политики государства.

Положение изменилось в лучшую сторону, после того, как Конституция РФ, провозгласила, что «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (ст. 41).

Данное положение признает право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, а также ст. 2 Протокола №1 от 20 марта 1952 г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому под охраной здоровья понимается 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.

Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно - диагностическую, реабилитационную, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Конституция РФ также закрепила, что «Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом» (п.1. ст. 39).

Государственная политика в области социальной защиты инвалидов, нашла дальнейшее отражение в Федеральном законе от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

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

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.

Согласно ст.1 федерального закона от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.12.2017) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", **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.

Расшифровка данного определения происходит через его структурные элементы:

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

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

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

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

Слово «инвалид» (от латинского слова, буквально означающего кроме «бессильный», также «непригодный», поэтому второе значение имеет и англ. invalid) в настоящее время все чаще заменяется на «человек с ограниченными возможностями». Тем не менее, этот устоявшийся термин часто употребляется в прессе и публикациях, а также в нормативных и законодательных актах, в том числе в официальных материалах ООН.

Общественные организации инвалидов считают, что важно использовать корректную по отношению к инвалидам терминологию: «человек с задержкой в развитии» (а не «слабоумный», «умственно неполноценный»), «перенёсший полиомиелит» (а не «жертва полиомиелита»), «использующий инвалидную коляску» (а не «прикованный к инвалидной коляске»), «имеет ДЦП» (а не «страдает ДЦП»). Эти термины более корректны, так как ослабляют деление на «здоровых» и «больных» и не вызывают жалости или негативных эмоций.

В Российской Федерации не допускается дискриминация по признаку инвалидности. **Под дискриминацией** по признаку инвалидности понимается любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью либо результатом которых является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех гарантированных в Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной области.

В РФ существует **федеральный реестр инвалидов**, который является федеральной государственной информационной системой и ведется в целях учета сведений об инвалидах, в том числе о детях-инвалидах, включая сведения о группе инвалидности, об ограничениях жизнедеятельности, о нарушенных функциях организма и степени утраты профессиональной трудоспособности инвалида, о проводимых реабилитационных или абилитационных мероприятиях, производимых инвалиду денежных выплатах и об иных мерах социальной защиты, а также в целях использования

содержащихся в нем сведений, необходимых для предоставления государственных и муниципальных услуг, и в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Оператором федерального реестра инвалидов является Пенсионный фонд Российской Федерации.

В федеральный реестр инвалидов включаются следующие сведения о лице, признанном инвалидом:

- 1) фамилия, имя, отчество (при его наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) сведения о гражданстве;
- 6) данные паспорта (иного документа, удостоверяющего личность);
- 7) данные свидетельства о рождении (для детей-инвалидов, не достигших возраста 14 лет);
- 8) адрес места жительства (места пребывания, фактического проживания);
- 9) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии);
- 10) сведения об образовании: наименование и год окончания образовательной организации (учебного заведения), полученные специальность и квалификация (при наличии);
- 11) место работы и занимаемая должность (при наличии);
- 12) сведения об инвалидности (группа, причина, ограничение жизнедеятельности, нарушенная функция организма, степень утраты профессиональной трудоспособности инвалида, дата установления инвалидности, срок, на который установлена инвалидность, потребности в мерах социальной защиты);
- 13) сведения о законном представителе (при наличии);
- 14) сведения об индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалидов и о программах реабилитации инвалидов, инвалидность которых наступила вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, включая сведения о рекомендованных в них реабилитационных мероприятиях, технических средствах реабилитации инвалидов, об услугах и о результатах выполнения этих программ;
- 15) сведения о предоставленных путевках на санаторно-курортное лечение в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- 16) размер и период предоставления установленных законодательством Российской Федерации гарантий, выплат и компенсаций, перечень которых для включения в федеральный реестр инвалидов определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения;
- 17) периоды трудовой и (или) иной деятельности, включаемые в страховой стаж для назначения страховой пенсии, в том числе периоды трудовой деятельности на рабочих местах с особыми (тяжелыми и вредными)

условиями труда и в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, и иные периоды, засчитываемые в страховой стаж;

Сведения, подлежащие включению в федеральный реестр инвалидов, представляются Фондом социального страхования Российской Федерации, Пенсионным фондом Российской Федерации, федеральными органами исполнительной власти, исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, предоставляющими государственные услуги инвалидам, а также федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы и иными организациями, участвующими в предоставлении государственных услуг инвалидам.

1. Группы инвалидности

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством социальной защиты населения РФ и Министерством здравоохранения РФ.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория "ребенок - инвалид".

При проведении МСЭ проводится комплексная оценка по следующим направлениями:

Клиническая диагностика, которая включает
клиническую форму основных и сопутствующих заболевания;
осложнения;
стадии патологического процесса;
течение заболевания;
характер нарушения функций;
степень нарушения функций;
клинический прогноз (благоприятный, неблагоприятный, сомнительный)

Психологическая диагностика

Социальная диагностика

Оценка социально-бытового статуса, профессионально-трудового и социально-бытового статусов: семейное положение, жилищно-бытовые условия, материальное положение, социально-бытовые взаимоотношения, возможность выполнения бытовой деятельности и её зависимость от технических и бытовых средств.

Оценка профессионально-трудового статуса; уровень образования (общего и профессионального), основная профессия и квалификация, профессиональный маршрут и стаж, соответствие психофизиологических требований, предъявляемых профессией к состоянию здоровья, профессия в которой работает сейчас, условия и характер труда, сохранность профессиональных навыков и знаний, способность к приобретению знаний, овладению навыками.

Результаты детального анализа по указанным разделам должны быть отражены в медико-экспертном заключении с указанием следующих позиций:

Развернутый клинико-функциональный диагноз
Оценка социально-бытового статуса (сохранение или нарушение)
Оценка профессионально-трудового статуса (сохранение или нарушение);

Психологический диагноз

ОЖД с указанием категорий и степеней

Реабилитационный прогноз,

Группа, причины, сроки

Потребность в мерах социальной помощи или защиты.

Наличие неблагоприятного клинического и реабилитационного прогноза или сомнительного прогноза с тенденцией к неблагоприятному даже на фоне временно сохраненных функций организма и состояния жизнедеятельности, могут быть основанием для определения группы инвалидности.

Критерием для определения I группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени (неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц);
- способности к передвижению третьей степени (неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц);
- способности к ориентации третьей степени (неспособность к ориентации (дезориентация));
- способности к общению третьей степени (неспособность к общению);
- способности контроля за своим поведением третьей степени (неспособность контролировать своё поведение).

Критерием для установления II группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени (способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц);
- способности к передвижению второй степени (способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц);
- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней (неспособность к трудовой деятельности или способность к выполнению

трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц);

- способности к обучению третьей, второй степеней (неспособность к обучению или способность к обучению только в специальных учебных заведениях, или по специальным программам в домашних условиях);

- способности к ориентации второй степени (способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц);

- способности к общению второй степени (способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц);

- способности контроля за своим поведением второй степени (способность частично или полностью контролировать своё поведение только при помощи посторонних лиц).

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть основанием для установления II группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления II группы инвалидности.

Критерием для определения III группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени (способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств);

- способности к передвижению первой степени (способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния);

- способности к обучению первой степени (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));

- способности к трудовой деятельности первой степени (способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объёма производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии);

- способности к ориентации первой степени (способность к ориентации во времени и в пространстве при условии использования вспомогательных средств);

- способности к общению первой степени (способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объёма усвоения, получения и передачи информации).

Ограничение способности к общению первой степени и способности к обучению первой степени может быть основанием для установления III

группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

Критериями установления инвалидности без срока переосвидетельствования являются: невозможность устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма; неэффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты; другие критерии, предусмотренные действующим законодательством.

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

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничений жизнедеятельности лицу в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок - инвалид" на срок один год, два года или до достижения им возраста 18 лет в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством труда и социального развития РФ и Министерством здравоохранения РФ. Категория "ребенок-инвалид" сроком на 5 лет устанавливается при повторном освидетельствовании в случае достижения первой полной ремиссии злокачественного новообразования, в том числе при любой форме острого или хронического лейкоза.

К категории детей-инвалидов относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребёнка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля за своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем. Больницы различного уровня (республиканские, краевые, центральные, районные, в том числе детские); специализированные больницы и отделения (неврологические, психиатрические, туберкулёзные и др.); консультативно-диагностические центры после обследования и лечения могут рекомендовать установление ребёнку инвалидности. Рекомендация фиксируется в «Истории развития ребёнка» и в «Медицинской карте амбулаторного, стационарного больного».

Понятия «ребёнок-инвалид» и «инвалид с детства» различаются. «Инвалид с детства» — это причина инвалидности, устанавливаемая одновременно с группой инвалидности. Указанная причина определяется гражданам старше 18 лет, в случаях, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, возникла до 18 лет. Эта причина инвалидности может быть определена и в том случае, если по клиническим данным или по последствиям травм и врождённым дефектам, подтверждённым данными лечебных учреждений, у инвалида в возрасте до 18 лет имелись признаки стойких ограничений жизнедеятельности. Лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается категория «ребенок-инвалид».

В случае признания гражданина инвалидом устанавливаются следующие причины инвалидности:

- а) общее заболевание;
- б) трудовое увечье;
- в) профессиональное заболевание;
- г) инвалидность с детства;
- д) инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов;
- е) военная травма;
- ж) заболевание получено в период военной службы;
- з) заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- и) заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- к) заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- л) заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк";
- м) заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк";
- н) заболевание связано с последствиями радиационных воздействий;
- о) заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска;
- п) заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий;
- р) иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

При отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, являющихся причиной инвалидности, в качестве причины инвалидности указывается общее заболевание. В этом случае гражданину оказывается содействие в получении указанных документов. При представлении в бюро соответствующих документов причина инвалидности изменяется со дня представления этих документов без дополнительного освидетельствования инвалида.

Закрепление изучаемого материала

1. Дайте определению историческому понятию «инвалидности» и «инвалид»?
2. Что понимаете вы по признаку инвалидности под дискриминацией?
3. Какие причины инвалидности устанавливаются в случае признания гражданина инвалидом?
4. Каков порядок установления инвалидности?
5. Каковы критерии установления второй группы инвалидности?
6. Назовите сроки переосвидетельствования для каждой из групп инвалидности.
7. Перечислите категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

Теоретическое занятие №2

Тема: Порядок прохождения инвалидами медико-социальной экспертизы.
Категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

План:

- 1. Медико-социальная экспертиза.**
- 2. Порядок и условия признания гражданина инвалидом.**
- 3. Порядок и сроки переосвидетельствования.**
- 4. Лица с нарушениями слуха.**
- 5. Лица с нарушениями зрения.**
- 6. Лица с нарушениями речи.**
- 7. Лица с нарушениями интеллекта.**
- 8. Лица с задержкой психического развития.**
- 9. Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата.**
- 10. Лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы.**
- 11. Лица с множественными нарушениями.**

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос):

1. Что такое инвалидность?
2. Что понимается под ограничением жизнедеятельности?
3. Каков порядок установления инвалидности?
4. Какие существуют группы инвалидности?
5. Каковы критерии для установления первой группы инвалидности?
6. Каковы критерии установления второй группы инвалидности?
7. Каковы критерии установления третьей группы инвалидности?
8. Назовите причины инвалидности.

Конспект

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

Медико-социальная экспертиза осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, подведомственными уполномоченному органу, определяемому Правительством Российской Федерации.

На федеральные учреждения медико-социальной экспертизы возлагаются:

- 1) установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в разработке комплексных программ реабилитации, абилитации инвалидов, профилактики инвалидности 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;
- 7) выдача заключения о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) в случаях, предусмотренных подпунктом "б" пункта 1 статьи 24 Федерального закона от 28 марта 1998 года N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе".

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Формирование сети бюро производится исходя из численности населения, проживающего на территории субъекта РФ, и числа освидетельствуемых в год граждан из расчета, как правило, одно учреждение на 70 - 90 тыс. человек при условии освидетельствования 1,8 - 2 тыс. человек в год. С учетом сложившихся социально - демографических, географических и других особенностей регионов бюро могут создаваться в расчете на иную численность населения и число освидетельствуемых в год граждан.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля и смешанного профиля. Для проведения МСЭ лиц в возрасте до 18 лет могут образовываться бюро специализированного профиля.

В штатный норматив Главного бюро входят несколько составов специалистов, принимающих экспертное решение, группы специалистов по функциональной диагностике, профориентации и организации труда инвалидов, их социально - средовой адаптации, а также специалисты служб юридического консультирования и информационно - статистического обеспечения. В состав специалистов, принимающих экспертное решение, входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации различного профиля (в зависимости от потребности в экспертно - реабилитационной диагностике), специалисты по социальной работе и психологи.

2. Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 10.08.2016) "О порядке и условиях признания лица инвалидом" утверждены правила признания лица инвалидом.

Правила определяют в соответствии с Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" порядок и условия

признания лица инвалидом. Признание лица (далее - гражданин) инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главными бюро медико-социальной экспертизы (далее - главные бюро), а также бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро), являющимися филиалами главных бюро.

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала. Специалисты бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязаны ознакомить гражданина (его законного или уполномоченного представителя) с порядком и условиями признания гражданина инвалидом, а также давать разъяснения гражданам по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

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

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

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы. Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования).

Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения.

Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при

наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

При этом в направлении на медико-социальную экспертизу, форма которого утверждается Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, а также орган социальной защиты населения вправе направлять на медико-социальную экспертизу гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм или дефектов.

Форма соответствующего направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения, утверждается Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

В случае если медицинская организация, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный или уполномоченный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования гражданина и проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).

В главном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования.

В Федеральном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования.

Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением медицинской организации, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.

Медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина (его законного или уполномоченного представителя). Заявление подается в бюро в письменной форме с приложением направления на медико-социальную экспертизу, выданного медицинской организацией (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья.

Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведется протокол. В проведении медико-социальной экспертизы гражданина по приглашению руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля (далее - консультанты). Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) имеет право пригласить любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы с правом совещательного голоса.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы. Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу (его законному или уполномоченному представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется акт, который подписывается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью.

Заключения консультантов, привлекаемых к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия решения, заносятся в акт медико-социальной экспертизы гражданина или приобщаются к нему.

Акт медико-социальной экспертизы гражданина, протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина, индивидуальная программа реабилитации или абилитации гражданина формируются в дело медико-социальной экспертизы гражданина.

Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) имеет право на ознакомление с актом медико-социальной экспертизы гражданина и протоколом проведения медико-социальной экспертизы гражданина.

По заявлению гражданина (его законного или уполномоченного представителя), поданному в письменной форме, ему выдаются заверенные руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) либо

уполномоченным им должностным лицом в установленном порядке копии акта медико-социальной экспертизы гражданина и протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина в главном бюро дело медико-социальной экспертизы гражданина с приложением всех имеющихся документов направляется в главное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в бюро.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина в Федеральном бюро дело медико-социальной экспертизы гражданина с приложением всех имеющихся документов направляется в Федеральное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в главном бюро.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро). Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в доступной для него форме.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской организации, организации, осуществляющей деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов, получение заключения главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

В случае отказа гражданина (его законного или уполномоченного представителя) от дополнительного обследования и предоставления необходимых документов решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая отметка в протоколе проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

Гражданину, признанному инвалидом, специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро), проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

При необходимости внесения исправлений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), необходимостью уточнения характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая или

арифметическая ошибка либо подобная ошибка) инвалиду (ребенку-инвалиду) по его заявлению либо по заявлению законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) взамен ранее выданной составляется новая индивидуальная программа реабилитации или абилитации без проведения дополнительного освидетельствования инвалида (ребенка-инвалида).

Выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом, направляется соответствующим бюро (главным бюро, Федеральным бюро) в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом в форме электронного документа с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия либо иным способом с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области защиты персональных данных.

Сведения обо всех случаях признания инвалидами граждан, состоящих на воинском учете или не состоящих на воинском учете, но обязанных состоять на воинском учете, представляются бюро (главным бюро, Федеральным бюро) в соответствующие военные комиссариаты.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации или абилитации. Порядок составления и форма справки утверждаются Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

3. Порядок переосвидетельствования инвалида

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп - 1 раз в год, а детей-инвалидов - 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория "ребенок-инвалид".

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), либо по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока проводится по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), либо по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

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

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

не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории "ребенок-инвалид") в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных или абилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма;

не позднее 6 лет после первичного установления категории "ребенок-инвалид" в случае рецидивирующего или осложненного течения злокачественного новообразования у детей, в том числе при любой форме острого или хронического лейкоза, а также в случае присоединения других заболеваний, осложняющих течение злокачественного новообразования.

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

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

Категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

1. Лица с нарушениями слуха.
2. Лица с нарушениями зрения.
3. Лица с нарушениями речи.
4. Лица с нарушениями интеллекта.

5. Лица с задержкой психического развития.
6. Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
7. Лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы.
8. Лица с множественными нарушениями.

В научных источниках литературы описано, что человек с ОВЗ отличается определенными ограничениями в повседневной жизнедеятельности. Речь идет о физических, психических или сенсорных дефектах.

Лица с ОВЗ - это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, имеющие значительные отклонения от нормального психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Различают следующие категории лиц с нарушениями в развитии:

- 1) лица с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) лица с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) лица с нарушениями речи;
- 4) лица с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);
- 5) лица с задержкой психического развития (ЗПР);
- 6) лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 7) лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- 8) лица с множественными нарушениями.

1. Проведенные в различных странах исследования показали, что 4 — 6% от всего населения планеты имеют нарушения слуха в степени, затрудняющей социальное общение. Из этого числа 2 % людей имеют двустороннее снижение слуха и воспринимают разговорную речь на расстоянии менее 3 м, а 4% — выраженную одностороннюю тугоухость.

Существует *медицинская классификация нарушений слуха* у детей, предложенная Л.В.Нейманом (1961). Если нарушение слуха распространяется на диапазон частот, относящийся к разговорной речи (от 500 до 3500 Гц), то ее восприятие становится невозможным.

По длительности течения выделяют:

- внезапную (развивается в течение нескольких часов в большинстве случаев во время сна или обнаруживается тотчас после пробуждения);
- острую (развивается постепенно в течение нескольких суток);
- хроническую тугоухость (стабильная и прогрессирующая стадии).

По уровню повреждения:

- периферическое поражение (сенсорные структуры внутреннего уха);
- центральное поражение (на уровне VIII черепного нерва, проводящих путей в стволе мозга или коры головного мозга).

По времени наступления:

- прелингвальная (наступает до развития речи);
- постлингвальная (проявляется после появления нормальной речи).

По степени снижения слуха выделяют четыре степени тугоухости и глухоту:

- I степень (легкая) - 26-40 дБ;
- II степень (умеренная) - 41-55 дБ;
- III степень (умеренно тяжелая) - 56-70 дБ;
- IV степень (тяжелая) - 71-90 дБ;
- глухота - более 90 дБ.

Педагогические классификации направлены на обоснование различных подходов к обучению детей с нарушениями слуха. В нашей стране наибольшее применение находит психолого-педагогическая классификация Р. М. Боскис.

Выделяют следующие группы.

Первая — глухие (ранооглохшие) дети, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. К этой группе относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Они овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения.

Вторая — позднооглохшие, «глухие, сохранившие речь» — те, кто потерял слух в том возрасте, когда речь уже была сформирована. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, поскольку при возникновении нарушения слуха без специальной педагогической поддержки речь начинает распадаться.

Третья — с частичной потерей слуха — слабослышащие (тугоухие). В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, но такая речь обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения.

2. Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения – способности глаза видеть 2 светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. За нормальную остроту зрения, равную единице – 1,0, принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 метров.

Выделяют несколько групп людей с нарушением зрения: Слепые – это люди с полным отсутствием зрительных ощущений либо имеющие остаточное зрение, а также сохранившие способность к светоощущению. Тотально слепые – лица с полным отсутствием зрительных ощущений. Частично слепые – люди, имеющие только светоощущения. Слабовидящие – лица с остротой зрения от 0,05 до 0,2. Их отличие от слепых в том, что при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остаётся основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

В зависимости от времени появления дефекта выделяют 2 категории слепых: Слепорождённые – люди с врождённой тотальной слепотой или

ослепшие в возрасте до 3 лет. У них нет зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы. Слепшие – люди, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

Определение группы инвалидности по зрению является прерогативой офтальмолога.

I группа инвалидности устанавливается при четвертой степени нарушений работы органа зрения. Критерии этой степени — полная слепота (нулевое зрение обоих глаз); острота зрения лучше видящего глаза не выше 0,04 диоптрии; сужение границ поля зрения обоих глаз до 10-0° от точки фиксации.

II группа инвалидности устанавливается при третьей степени нарушений в работе зрительного анализатора. Её критериями служат: острота зрения лучше видящего глаза от 0,05 до 0,1; сужение границ поля зрения обоих глаз до 10-20° от точки фиксации. При второй группе инвалидности трудовая деятельность человека возможна только в специально созданных условиях.

Третья группа инвалидности может устанавливаться при второй степени нарушений зрения, которые характеризуются: снижением остроты зрения лучше видящего глаза от 0,1 до 0,3; односторонним сужением границ поля зрения менее 40° и не более 20° от точки фиксации. Инвалиды третьей группы — это слабовидящие люди.

3. Нарушения речи— обобщающий термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека.

Лица с нарушениями речи - это лица, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Нарушения речи многообразны, они проявляется в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи.

К тяжелым нарушениям речи относятся алалия (моторная и сенсорная), тяжелая степень дизартрии, ринолалии и заикания, детская афазия).

При моторной алалии ребёнок понимает обращённую к нему речь полностью или практически полностью. Но затрудняется в выражении собственных мыслей и эмоций. Причиной являются затруднения в овладении грамматической структурой языка и маленький словарный запас.

Абсолютно противоположная ситуация возникает у детей с сенсорной алалией. Ребёнок затрудняется в понимании чужой речи. Плохо соотносит слова с их смыслом.

Моторная афазия характеризуется тем, что ребёнок частично или полностью утрачивает навык произношения, т.е. происходит разрушение собственной речи. В большинстве случаев некоторые слова всё же сохраняются, и ребёнок пытается строить из них простые предложения, не отличающиеся разнообразием.

Ребёнок с сенсорной афазией при абсолютно сохранном слухе не понимает обращённую к нему речь. Сходные звуки, слоги и слова ребёнок либо не различает, либо принимает за шумы.

Нарушения в произносительной стороне речи, вызванные органическим поражением центральной нервной системы, носят название дизартрия.

Признак дизартрии, который отличает её от других нарушений в произношении, выражается в том, что расстроена вся произносительная сторона речи, а не только отдельно взятые звуки.

Ринолалия это такое нарушение произношения звуков, которое характеризуется трансформацией голосового тембра, т.е. появлением гнусавости (звуки произносятся в нос). Нарушено произношение как гласных, так и согласных звуков.

4. Под **нарушениями интеллекта (умственной отсталостью)** понимают глубокое недоразвитие познавательной (интеллектуальной) деятельности, возникающее на основе тяжелого органического поражения головного мозга.

Существуют различные формы умственной отсталости. Наиболее распространенными среди них являются такая форма нарушений интеллекта, как «олигофрения».

Олигофрения (от греч. *oligos* – малый, *fren* – ум) – это особая форма психического недоразвития, которая возникает в результате поражения головного мозга во внутриутробном периоде развития, во время родов или на самом раннем этапе постнатального развития ребенка.

Проявление олигофрении в раннем детском и дошкольном возрасте выражается в отставании в сроках психофизического развития детей, в запаздывании сроков появления эмоциональных реакций на окружающее (на первом году жизни), отставании в развитии речи. Состояние речи при олигофрении характеризуется бедностью словарного запаса, обилием речевых штампов, аграмматизмами и выраженными в разной степени дефектами произношения.

При некоторых (т.н. *осложненных*) формах олигофрении, при сочетании диффузного поражения мозга с наличием очагов поражения в подкорке, общее интеллектуальное недоразвитие осложняется психопатическими проявлениями в поведении: грубость, неумение контролировать свое поведение и др.

При диффузном поражении коры с преимущественным повреждением лобных долей больших полушарий мозга наблюдается резкое снижение критичности и самокритичности, а также грубые нарушения двигательной сферы.

Выделяют три *степени выраженности* интеллектуальной недостаточности при олигофрении: *идиотию*, *имбецильность* и *дебильность*.

Основной контингент учащихся специальных школ для умственно отсталых детей составляют дети с олигофренией в степени дебильности.

5. Нарушение психического развития представляет собой психическое состояние, которое характеризуется замедленными темпами формирования личности и психических функций, а также нарушениями в умственной и познавательной способности.

Нарушения психического развития классифицируются на несколько типов.

К основным типам нарушений психического развития можно отнести: дизонтогенез, в том числе поврежденное, замедленное и искаженное развитие; необратимое психическое недоразвитие; дисгармоничное психическое развитие; дегенеративное психическое развитие, связанное с эпилепсией и другими заболеваниями; патологическое психическое развитие, вызванное психическими и соматическими патологиями.

Также выделяют типы нарушений психического развития по шизофреническому процессу: асинхронию, ретардацию и умственную отсталость. В некоторых случаях проявляются клинические формы нарушений, в том числе акселерация, инфантилизм, аутизм и соматопатия.

Ретардация - запаздывание или приостановка психического развития; недоразвитие в разнообразных формах умственной отсталости.

- общую (тотальную)
- частичную (парциальную) незрелости отдельных функций: чтения, счета, письма.

Асинхрония - характеризуется сочетанием выраженного опережения в развитии одних функций со значительным отставанием темпа формирования других, что приводит к дисгармонии структуры психики, ее искажению и диспропорциональности.

6. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89%). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата делятся на следующие группы:

- *тяжелые нарушения.* Лица с тяжелой степенью нарушения опорно-двигательного аппарата характеризуются отсутствием навыков самообслуживания или частичным владением ими, нарушениями или несформированностью прямохождения и ходьбы, невозможностью захвата и удержания предметов. Такие лица передвигаются только с помощью ортопедических приспособлений. Успешность овладения профессиональными навыками у лиц с тяжелыми формами нарушения функций опорно-двигательного аппарата не представляется возможной;

- *средняя степень нарушений* — наиболее многочисленная группа. Лица со средней степенью тяжести нарушений могут самостоятельно передвигаться на ограниченное расстояние, владеют навыками

самообслуживания, однако эти навыки, как правило, недостаточно автоматизированы. Успешность овладения профессиональными навыками у таких лиц строго индивидуальна и зависит от многих факторов — характера дефекта, степени выраженности дефекта, сформированности волевой сферы;

- *легкая степень нарушения.* Лица с легкими двигательными нарушениями передвигаются самостоятельно, уверенно чувствуют себя как в помещении, так и на улице, у них в достаточной степени сформированы навыки самообслуживания. Однако у них могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и другие проявления нарушения двигательных функций.

Назовем виды двигательных дефектов при нарушениях опорно-двигательного аппарата:

- параличи и парезы. Паралич — полное отсутствие возможности совершать произвольные движения. Парез — слабая форма паралича, выражающаяся в ограничении возможности совершать произвольные движения (ограничение объема движений, снижение мышечной силы и т.п.);

- нарушение мышечного тонуса. Как правило, нарушения двигательных функций сопровождаются повышением мышечного тонуса или изменчивостью мышечного тонуса. Эта особенность лиц с нарушениями двигательной сферы не позволяет им выполнять те виды профессиональной деятельности, для которых необходимы скоординированность или ритмичность движений (сборка деталей и механизмов, управление движущимися объектами, работа, требующая быстрого реагирования на сигналы и т.п.);

- синекизии — это непроизвольные движения, которые сопутствуют произвольным (например, движение рук при ходьбе). Наличие патологических синекизий затрудняет выработку автоматизированных моторных профессиональных навыков;

- несформированность реакций равновесия;

- нарушения ощущения движений. Эти нарушения ведут к затруднениям в определении положения собственного тела в пространстве, в сохранении и удержании позы, к нарушениям координации движений. У многих лиц также искажено представление о собственных движениях, что приводит к нарушениям во взаимодействии с окружающей средой, в выработке моторных навыков и т.п.;

- насильственные движения. К насильственным движениям относят непроизвольные неконтролируемые двигательные реакции (например, тремор рук). Такие движения затрудняют выполнение произвольных движений и овладение двигательными навыками.

7. Среди лиц с ограниченными возможностями здоровья, т.е. тех, кто имеет различные отклонения в психофизическом и социально-личностном развитии и нуждается в специальной помощи, выделяются лица, у которых на первый план выступают **расстройства в эмоционально-волевой сфере.**

Основной особенностью таких лиц является нарушение или задержка в развитии высших социализированных форм поведения, предполагающих взаимодействие с другим человеком, учет его мыслей, чувств, поведенческих

реакций. При этом деятельность, не опосредованная социальным взаимодействием (игра, конструирование, фантазирование, решение интеллектуальных задач в одиночестве и т.п.), может протекать на высоком уровне.

Категория лиц с расстройствами эмоционально-волевой сферы крайне неоднородна.

К ним относятся лица, имеющие следующие нарушения:

- а) ранний детский аутизм (РДА);
- б) эмоциональное расстройство, связанное с ранней разлукой с матерью;
- в) эмоциональное расстройство, обусловленное sibлинговым соперничеством;
- г) фобическое тревожное расстройство детского возраста;
- д) смешанные расстройства поведения и эмоций.

Дети с синдромом раннего детского аутизма (РДА) составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической, а иногда и медицинской помощи нарушения в социально-личностном развитии.

Аутизм у детей проявляется в нарушении контактов, в уходе от реальности в мир собственных переживаний. В настоящее время аутизм рассматривается как первазивное (беспроникающее, общее) нарушение, искажение психического развития, обусловленное биологической дефицитарностью центральной нервной системы ребенка. У детей с аутистическими проявлениями наблюдается нарушение социального взаимодействия и способности к общению.

Для них характерны явное стремление к одиночеству, ритуальные, стереотипно повторяющиеся формы поведения, специфическое развитие или полное отсутствие речи, манерность, угловатость движений, неадекватные реакции на сенсорные стимулы, страхи.

8. Варианты происхождения сложных дефектов:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);

- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);

- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);

- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;

- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

В каждом классе (на ступени) могут быть представлены дети, имеющие нарушения различной этиологии и степени тяжести дети с тяжёлыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, не передвигающиеся самостоятельно (вследствие сложных форм ДЦП со спастическим тетрапарезом, гиперкинезами и т.д.), в сочетании с нарушениями интеллекта, нуждающиеся в постоянной физической помощи взрослого (в переносе, передвижении коляски, при одевании и раздевании, туалете, приеме пищи и т.д.); дети с расстройствами аутистического спектра в сочетании с нарушениями интеллекта, у которых присутствует агрессия, самоагрессия, крик, стереотипии, «полевое» поведение и другие проявления деструктивного характера. В связи с этим они нуждаются в постоянном присмотре и сопровождении; дети с умеренной умственной отсталостью, без других нарушений или в сочетании с более лёгкими формами (чем в двух вышеназванных случаях) других нарушений, не требующие постоянной помощи и контроля со стороны персонала; дети с сенсорными нарушениями в сочетании с нарушениями интеллекта в форме умеренной, тяжелой или глубокой умственной отсталостью, но без выраженных нарушений поведения.

5.Закрепление нового материала:

Назовите причины инвалидности.

1. Каков порядок прохождения инвалидами медико-социальной экспертизы?
2. Перечислите условия признания гражданина инвалидом.
3. Назовите сроки переосвидетельствования для каждой из групп инвалидности.
4. Перечислите категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

Задание на дом: Подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №3

Тема: Организация оказания инвалидам первичной медико-санитарной помощи

План:

1. Общее понятие и принципы ПМСП
2. Организация оказания инвалидам ПМСП

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дайте понятие медицинских услуг.
2. Порядок и условия признания гражданина инвалидом.
3. Порядок и сроки переосвидетельствования.
4. Каков порядок прохождения инвалидами медико-социальной экспертизы?
5. Перечислите условия признания гражданина инвалидом.
6. Назовите сроки переосвидетельствования для каждой из групп инвалидности.
7. Перечислите категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

1. Оказание медицинской помощи инвалидам основано на нормах ст. 25 Конвенции о правах инвалидов, ст. 41 Конституции РФ, ст. 13 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ». Статья 25 Конвенции о правах инвалидов устанавливает перечень мер для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, к которым относятся следующие меры: а) обеспечение инвалидов тем же набором, того же качества и уровня бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам; б) предоставление тех услуг в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, а в подходящих случаях — коррекции и услуг, призванных свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности; в) организация этих услуг в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей; г) требование того, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам; д) запрещение дискриминации в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и страхования жизни и предоставление его на справедливой и разумной основе; е) запрещение дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой по причине инвалидности.

Первичная медико-санитарная помощь инвалидам включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации и т. д.

Основные принципы первичной медико-санитарной помощи:

а) профилактическая направленность - организация широкого спектра социально-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья обслуживаемого населения, изучение и по возможности внесения корректив в условия его труда и быта.

б) доступность - обеспечивается путем приближения места работы врача к месту жительства обслуживаемого населения, обеспечения его надежной телефонной (пейджинговой) связью, автотранспортом, позволяющими оказывать прикрепленному населению первичную медицинскую помощь в любое время суток.

в) непрерывность - в своей профессиональной деятельности врач не ограничивается рамками отдельного или частного эпизода болезни, а занимается охраной здоровья человека на протяжении значительных периодов его жизни.

г) всеобщность - врач оказывает медицинскую помощь пациентам независимо от их возраста, пола, вероисповедания, социального, материального или служебного положения.

д) комплексность - врач осуществляет не только лечебную помощь и реабилитацию, но также профилактику болезней и укрепление здоровья обслуживаемого населения.

е) координация - в необходимых случаях врач принимает решения о направлении пациента к соответствующему специалисту, организует все виды квалифицированной медицинской помощи и имеет право участвовать в консультациях своих пациентов у специалистов различного профиля. Врач информирует население об имеющихся службах здравоохранения, видах оказываемой помощи и услуг, новых перспективных методах лечения и профилактики заболеваний, активно отстаивает интересы пациентов при их контактах с другими представителями медицинской помощи.

ж) конфиденциальность - врач и все медицинские работники обязаны хранить не только врачебную тайну, но и любые другие сведения из жизни пациентов, что особенно важно в условиях их компактного проживания, а обслуживаемое население должно быть полностью уверено в конфиденциальности своих обращений (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

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

2. Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах,

центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Для инвалидов создана специализированная сеть медицинских учреждений, в том числе (согласно Концепции совершенствования медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства, утвержденной приказом Минздрава РФ от 25 ноября 2003 г. № 567): - базовые федеральные центры комплексной реабилитации системы здравоохранения в федеральных административных округах для детей-инвалидов и инвалидов с детства от рождения, в том числе самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, с отделениями для постоянного проживания; региональные (межрегиональные) организационно-методические реабилитационные центры; - отделения реабилитации для детей-инвалидов и инвалидов с детства, самостоятельно передвигающихся и себя обслуживающих, в многопрофильных больницах; - центры восстановительной медицины и реабилитации в регионах; - специализированные пансионаты в федеральных округах для самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих инвалидов с детства независимо от возраста, предназначенные для постоянного их проживания, проведения им комплексной реабилитации; - санаторно-курортные учреждения. В центрах реабилитации проводятся диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия пациентам, имеющим стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травм или врожденными дефектами. Детские центры реабилитации призваны сопровождать развитие детей с отклонениями в развитии путем разработки и реализации ИПР. Родители в реабилитационных центрах могут получить знания и умения по вопросам воспитания и обучения ребенка, профилактики и коррекции отклонения в его развитии.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи инвалидам осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее - медицинские организации). Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению: а) в качестве бесплатной - в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, а также в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации; б) в качестве платной медицинской помощи - за счет средств граждан и организаций.

Первичная медико-санитарная помощь инвалидам оказывается в плановой и неотложной формах. Первичная медико-санитарная помощь

оказывается: 1) амбулаторно, в том числе: в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее подразделении, по месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся; по месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий; 2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

В целях повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций может организовываться отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи, осуществляющее свою деятельность (см. приложение). С учетом образования контингентов граждан, временно (сезонно) проживающих на территории населенного пункта (в том числе на дачных участках и садовых товариществах), отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи может организовываться в непосредственном приближении к месту временного (сезонного) проживания.

Первичная медико-санитарная помощь инвалидам оказывается в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи и включает следующие виды: - первичная доврачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья; - первичная врачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов врачей общей практики (семейных врачей), центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики; - первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, в том числе

оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. В малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделения населенных пунктах, в том числе временных (сезонных), медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, на территории обслуживания которых расположены такие населенные пункты, осуществляют организацию оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях с привлечением одного из домовых хозяйств.

Организация оказания первой помощи инвалидам включает формирование аптечки первой помощи, ее пополнение по мере необходимости, обучение навыкам оказания первой помощи, обеспечение лиц, оказывающих первую помощь, а также лиц, имеющих высокий риск развития внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома и других жизнеугрожающих состояний, и членов их семей методическими пособиями и памятками по оказанию первой помощи при наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояниях, являющихся основной причиной смертности (в том числе внезапной сердечной смерти, острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения), содержащими сведения о характерных проявлениях указанных состояний и необходимых мероприятиях по их устранению до прибытия медицинских работников. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях. Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан. В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан

В зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи инвалидам в целях обеспечения ее доступности могут формироваться постоянно действующие медицинские бригады, состоящие из врача-терапевта участкового, фельдшеров, акушеров и медицинских сестер, с распределением между ними функциональных обязанностей по компетенции, исходя из установленных штатных нормативов,

предназначенных для расчета количества должностей, предусмотренных для выполнения медицинской организацией возложенных на нее функций.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения. Первичная специализированная медико-санитарная помощь инвалидам оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию. Для оказания медицинской помощи больным с острыми хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому. Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов. При организации стационара на дому осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации врачей-специалистов по профилю заболевания. В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи. При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар.

Вопросы для закрепления новой темы:

- 1) Дайте определение ПМСП.
- 2) Каковы принципы оказания ПМСП инвалидам?
- 3) Какова организация оказания инвалидам ПМСП?
- 4) Дайте понятие скорой медицинской помощи.
- 5) Какова организация оказания скорой помощи инвалидам?
- 6) Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.

Задание на дом: Подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №4

Тема: Организация оказания инвалидам специализированной медицинской помощи.

План:

1. Понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам
2. Порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения

Вопросы для фронтального опроса:

- 7) Дайте определение ПМСП.
- 8) Каковы принципы оказания ПМСП инвалидам?
- 9) Какова организация оказания инвалидам ПМСП?
- 10) Дайте понятие скорой медицинской помощи.
- 11) Какова организация оказания скорой помощи инвалидам?
- 12) Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.

Конспект

1. Специализированная медицинская помощь инвалидам включает в себя:
профилактику,
диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Такая медицинская помощь оказывается инвалидам врачами-специалистами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Специализированная медицинская помощь – это такие услуги, на которые может рассчитывать нуждающийся в медицинской помощи гражданин нашей страны, если у него выявлено заболевание из определенного перечня. Помощь предполагается в том числе высокотехнологичная, с применением самых современных средств и подходов, техники и препаратов. На нее можно рассчитывать в диагностировании, лечении патологий с применением медицинских технологий, требующих внушительных вложений, ресурсов.

Специализированная медицинская помощь – это услуги, ответственность по предоставлению которых возложена на специалистов в конкретных медицинских областях. Это распространяется только на докторов, работающих в строго определенном числе учреждений, оказывающих тематические услуги населению. Это организации не только лечебные, но и занимающиеся профилактикой разнообразных патологий.

Специализированная медицинская помощь – это услуги медучреждений, рассчитывать на которые могут все граждане нашей страны. В систему включены и некоторые иные организации, ответственные за охрану здоровья, включая муниципальный уровень. Есть несколько частных учреждений – все они предварительно получили лицензию по установленной форме и могут легально оказывать медуслуги населению из класса специализированных. Такая деятельность требует оформления специального разрешения.

Обратиться в центр специализированной медицинской помощи можно, если необходимо хирургическое вмешательство, но его проведение сопряжено повышенным риском осложнений, спровоцированных не только основной патологией, но и дополнительными, выявленными у конкретного пациента. На помощь по такой программе могут рассчитывать пациенты, нуждающиеся в повторной госпитализации, если это рекомендовано госучреждением федерального уровня.

Действующими законами установлено, что оказание специализированной медицинской помощи должно обеспечиваться, если случай признан сложным для диагностирования и требуется проведение дополнительных мероприятий для завершения работ по формулировке особенностей ситуации. Аналогичные условия распространяются на комплексную подготовку к хирургическому вмешательству, если состояние больного осложнено дополнительными факторами, сопутствующими патологиями. Если предполагается, что единственная эффективная терапия в конкретном случае – хирургическое вмешательство с применением особенно современной и точной техники, тогда в качестве предварительного подготовительного этапа выступает организация специализированной медицинской помощи для выявления всех аспектов, особенностей состояния конкретного пациента.

В нашей стране был издан распространяющийся на все субъекты и области приказ о специализированной медицинской помощи. Из него следует, что в государственных учреждениях, включенных в список ответственных за такой тип медуслуг, персонал обязуется своевременно предоставлять информацию о сервисе всем обратившимся гражданам. Данные необходимо передавать сразу же во время обращения заявителя или представляющего его лица.

Не менее важен финансовый аспект. Как определено законом, вся информация о здравоохранении специализированной медицинской помощи должна передаваться заинтересованным лицам совершенно безвозмездно, брать за это деньги по закону запрещено.

В настоящее время специализированная медицинская помощь инвалидам детям, взрослым оказывается только при соблюдении заинтересованным лицом буквы закона. В частности, необходимо предоставить полный список оговоренной в нормативах актах документации, в противном случае медучреждение просто не имеет права причислить заявителя к списку тех, кому услуга будет оказана. В обязательном порядке необходимо предъявить копию направления, выписанного врачом на спецпомощь. В этой бумаге доктора указывают информацию о состоянии

здоровья человека, упоминают, какие диагностические мероприятия проводились, какие терапевтические методы применялись и какие итоги это принесло. Также упоминается профиль патологии. В некоторых случаях нет информации о профиле. Есть вероятность, что у заявителя нет даже направления. Если таковое отсутствует, но услуга требуется, необходимо обратиться в ответственное учреждение за уточнением подробностей участия в программе.

Порядок и правила предоставления специфических медуслуг оговорены в изданном семь лет тому назад приказе Минздрава. Документ выпущен в апреле под номером 243н. В нем также раскрыты аспекты финансирования учреждений, оказывающих такого рода медсервис. Официально указано, что в некоторых случаях на территории конкретного субъекта может наблюдаться отсутствие возможностей финансирования медучреждений, способных оказать специальные услуги населению. В такой ситуации инвалиды, нуждающиеся в терапевтической, диагностической, хирургической помощи, могут обратиться в учреждения, расположенные на территории иных областей, а также в прочие федеральные здравоохранительные, разнообразные медицинские организации, располагающие соответствующими возможностями, техническими мощностями и квалифицированным персоналом.

Приказ Минздрава гласит, что спецпомощь может быть не только бесплатной, но и предоставляемой на деньги частных лиц, каких-либо заинтересованных организаций. Вариант, не требующий оплаты, должен удовлетворять требования федеральной программы, рассматривающей аспекты госгарантий перед отдельными гражданами державы применительно к медпомощи. В этом случае финансирование организуется из специфических тематических бюджетов, собранных по программе обязательного страхования фондов.

На территории каждого федерального субъекта ежегодно принимаются документы, в которых прописываются рамки финансирования по спецпрограммам. Соответственно, можно рассчитывать, что ОМС покроет те расходы на лечение, которые соответствуют указанным в такой документации стандартам. При превышении этой границы придется, вероятно, доплатить из собственных средств или попросить о помощи какую-либо организацию. Кроме действующих нормативов на текущий год также регулярно принимаются плановые документы. Это позволяет больным сориентироваться в своих возможностях получения бесплатного лечения в ближайшем будущем.

2. Направление пациентов в федеральные государственные учреждения осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, а также Департаментом организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздрава России и Департаментом развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения осуществляет

направление пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения в следующих случаях: необходимость установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствием эффекта от проводимой терапии;

отсутствие эффекта от повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, в том числе хирургических, а также высокотехнологичной медицинской помощи;

высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;

необходимость дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями для последующего хирургического лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи;

необходимость повторной госпитализации по рекомендации федерального государственного учреждения.

В случае принятия органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения решения о плановом направлении пациента в федеральное государственное учреждение руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает оформление на пациента Талона на оказание специализированной медицинской помощи в электронном виде.

К Талону прилагается в электронном виде выписка из медицинской документации пациента, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю заболевания сроком давности не более 1 месяца.

В случае принятия органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения решения о необходимости направления пациента в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи по экстренным медицинским показаниям орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает направление пациента на госпитализацию в федеральное государственное учреждение по профилю заболевания пациента по предварительному согласованию с руководством федерального государственного учреждения.

Основанием для госпитализации пациента в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи (далее - госпитализация) является решение комиссии федерального государственного учреждения по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи.

Комиссия учреждения формируется руководителем федерального государственного учреждения с численностью состава не менее трех человек. Председателем комиссии является руководитель федерального государственного учреждения или один из его заместителей.

Основанием для рассмотрения на Комиссии учреждения вопроса о наличии у пациента медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи являются:

оформленный органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, талон;

оформленный органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения документ, подтверждающий отсутствие эффекта проводимой терапии при оказании данного вида специализированной медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения или учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации;

выписка из медицинской документации пациента, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю его заболевания (сроком давности не более 1 месяца).

Комиссия учреждения принимает решение о наличии/отсутствии показаний для госпитализации пациента (далее - решение).

Отсутствие у пациента какого-либо вида исследования не может являться основанием для отказа в госпитализации пациента в федеральное государственное учреждение, если отсутствие данного вида исследования не препятствует определению медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи.

Срок принятия решения Комиссии учреждения не должен превышать 10 дней со дня оформления органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения талона на пациента, а при очной консультации пациента - не более трех дней. Решение Комиссии учреждения оформляется протоколом.

В протоколе решения Комиссии учреждения указываются следующие данные:

основание создания Комиссии учреждения (реквизиты нормативного акта);

состав Комиссии учреждения;

фамилию, имя и отчество (при наличии) пациента;

данные о месте жительства и/или месте пребывания пациента;

реквизиты документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации (пациента);

основной диагноз заболевания пациента;

заключение органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (показана/не показана госпитализация);

рекомендации Комиссии учреждения по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия у него показаний для госпитализации.

Для инвалидов также справка МСЭ.

Протокол Комиссии учреждения должен содержать дату заседания Комиссии учреждения и в случае принятия решения о наличии показаний для госпитализации - планируемую дату госпитализации.

Протокол решения Комиссии учреждения оформляется в 2-х экземплярах.

Один экземпляр протокола решения Комиссии учреждения направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Федерации в сфере здравоохранения с приложением вызова на госпитализацию или очную консультацию пациента с указанием сроков, перечня документов, требуемых для госпитализации, и рекомендаций по дополнительному обследованию или обоснованием отказа в госпитализации с рекомендациями по дальнейшему лечению пациента по профилю его заболевания.

Второй экземпляр протокола решения Комиссии учреждения хранится в федеральном государственном учреждении в течение 5 лет.

При проведении очной консультации пациента копия протокола решения Комиссии учреждения выдается на руки пациенту или его законному представителю.

В случае принятия Комиссией учреждения решения о наличии показаний для госпитализации федеральное государственное учреждение вносит информацию о предполагаемой дате госпитализации в оформленный на пациента талон.

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения обеспечивает в случае необходимости проведение реабилитационных мероприятий пациентам после оказания специализированной медицинской помощи.

Прием и регистрация в Минздравсоцразвития России и направление на рассмотрение письменного обращения и документов пациента, необходимых для направления в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи, осуществляется в соответствии с требованиями Административного регламента Министерства здравоохранения Российской Федерации по исполнению государственной функции "Организация приема граждан, своевременного и полного рассмотрения их обращений, поданных в устной или письменной форме, принятие по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок".

Письменное обращение пациента или его законного представителя в Минздрав России должно содержать следующие сведения о пациенте:

фамилию, имя и отчество (при наличии);

данные о месте жительства и/или месте пребывания;

реквизиты документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации (пациента);

реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя законного представителя пациента (для детей);

почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и номер контактного телефона (при наличии).

В случае обращения от имени пациента его законного представителя в обращении дополнительно указываются фамилия, имя и отчество (при наличии), данные о месте жительства и/или месте пребывания и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента.

К письменному обращению пациента в Минздрава России должны прилагаться следующие документы:

копия документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации (пациента);

копия документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (для детей);

копия медицинского заключения, подтверждающего наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи.

При наличии письменного обращения пациента (его законного представителя) и документов, оформляется талон на пациента, а также направляется за подписью директора (лица, его замещающего) соответствующее письменное уведомление в федеральное государственное учреждение.

В случае отсутствия показаний для оказания пациенту специализированной медицинской помощи в федеральном государственном учреждении направляется информация об отказе в госпитализации пациенту и органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с указанием причин невозможности оказания специализированной медицинской помощи, одновременно в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации направляются рекомендации по направлению гражданина в иные лечебно-профилактические учреждения.

Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи, на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Вопросы для закрепления новой темы:

1. Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.
2. Каков порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения?
3. Что понимают под комплексной медицинской услугой?
4. Каков порядок оказания инвалидам медицинских услуг?
5. В чем особенности оказания инвалидам медицинских услуг?
6. Перечислите федеральные законы, регулирующие оказание медицинских услуг инвалидам.
7. Перечислите подзаконные акты, регулирующие оказание медицинских услуг инвалидам.

Задание на дом: Подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №5

Тема: Организация оказания инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи.

План:

1. Оказание инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи.
2. Показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам.
3. Порядок получения квот на ВМП.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Что такое инвалидность?
2. Что понимается под ограничением жизнедеятельности?
3. Каков порядок установления инвалидности?
4. Какие существуют группы инвалидности?
5. Каковы критерии для установления первой группы инвалидности?
6. Каковы критерии установления второй группы инвалидности?
7. Каковы критерии установления третьей группы инвалидности?
8. Назовите причины инвалидности.
9. Каков порядок прохождения инвалидами медико-социальной экспертизы?
10. Перечислите условия признания гражданина инвалидом.
11. Назовите сроки переосвидетельствования для каждой из групп инвалидности.
12. Перечислите категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.
10. Перечислите условия признания гражданина инвалидом.
11. Назовите сроки переосвидетельствования для каждой из групп инвалидности.
12. Перечислите категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

Конспект

1. Лечение заболеваний с использованием новых и уникальных методов, дорогостоящих препаратов и современного оборудования является частью высокотехнологичной помощи в 2018 году. Это современная терапия, которая позволяет свести к минимуму риск для здоровья и жизни человека. От обычной медицинской помощи высокотехнологичная отличается методологией и подходом к лечению. Ее оказывают за счет денег по полису ОМС, но для некоторых операций или лекарств устанавливается квота.

Частью специализированной медицинской помощи является высокотехнологичная медицинская помощь, которая включает в себя

применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

За последние годы стали распространенными неинвазивные и малоинвазивные хирургические операции. Они характеризуются минимальными кровопотерями, снижением количества осложнений. Кроме того, пациенту не приходится слишком долго находиться в стационаре, процесс восстановления значительно сокращается. После таких операций человек быстро возвращается к повседневной жизни. Другие примеры высокотехнологичной медицинской помощи: ангиограф, используемый сосудистой хирургией; гамма-нож, который облучает сфокусированным пучком радиации и удаляет доброкачественные и злокачественные опухоли; замена компонентов суставов имплантатами; криохирургия, радиохирургия; линейный ускоритель для 3Д-конформной лучевой терапии, лучевой терапии с визуальным контролем или модулированной мощностью дозы; гистосканирование предстательной железы, которое выявляет на ранней стадии рак; криотерапия рака простаты; магнитно-резонансная топометрия; лапароскопия, проводимая через небольшие проколы; аппарат «Да Винчи» для проведения простатэктомии; стационар-замещающие технологии, например, ударно-волновая технология для дробления камней в почках, которая раньше проводилась только в условиях стационара; аорто-коронарное шунтирование; радионуклидная терапия йодом; стентирование сосудов сердца; позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией.

Согласно Порядку организации высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам с применением специализированной информационной системы, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. № 930н, высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с Перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Источники финансирования До 2014 года источником финансирования ВМП был только федеральный бюджет. Затем ВМП разделили на две основные части: финансируемую за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), т.е. включенную в государственную программу ОМС; финансируемую полностью из федерального бюджета. Такое разделение помогало повысить доступность лечения и сократить время ожидания госпитализации. К 2018 году всю высокотехнологичную помощь стали финансировать только из средств бюджета ФОМС. Принцип финансового обеспечения следующий: ВМП, являющаяся частью базовой программы ОМС, финансируется посредством перечисления территориальным фондам средств в составе субвенций; ВМП, не являющаяся частью госпрограммы, финансируется напрямую федеральными государственными учреждениями в рамках выполнения государственного задания по проведению лечения. На определенные виды

лечения выделяются средства из регионального бюджета территориальных единиц Российской Федерации. Также существует софинансирование расходов субъектов РФ, возникающих из при оказании ВМП, из ФОМС. Полностью определяются Министерством здравоохранения РФ: перечень клиник; количество человек, которые могут получить высокотехнологичную медицинскую помощь в 2018 году; расчет базовой ставки. Список включает только учреждения с новейшим оборудованием и специалистами высшей категории. С учетом того, входит ли необходимая человеку терапия в базовую программу, определяется медицинское учреждение: Терапию, которую включает государственная программа ОМС, можно получить в организациях, которые работают по условиям этого вида страхования. ВМП, не включенная в базовую систему, предоставляется частными центрами и государственными учреждениями Минздрава. К 2018 году число стационаров, оказывающих высокотехнологичную помощь в Москве, достигло 45, а с учетом ОМС – 48. Все хирургические отделения столичных клиник имеют лапароскопическую технику.

Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам определяются лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи. Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи должно быть подтверждено решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Медицинскими показаниями для направления на оказание социально-медицинской помощи инвалидам с применением высоких технологий является наличие у пациента такого заболевания и (или) состояния, которое требует применения высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи. При наличии таких медицинских показаний лечащий врач оформляет направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво (от руки или в печатном виде), заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица) и печатью направляющей медицинской организации. К направлению прилагается также выписка из медицинской документации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также документ, удостоверяющий личность пациента, или свидетельство о рождении (для детей в возрасте до 14 лет), полис обязательного медицинского страхования пациента и страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии).

Принимающая медицинская организация оформляет на пациента талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (талон на оказание ВМП) с применением специализированной информационной системы. Основанием для госпитализации пациента в принимающую медицинскую организацию является решение врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Комиссия выносит решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов высокотехнологичной медицинской помощи в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня оформления на пациента талона на оказание ВМП. Решение комиссии оформляется протоколом установленной формы. Выписка из этого протокола направляется в течение 5 рабочих дней (но не позднее срока планируемой госпитализации) в направляющую медицинскую организацию, а также выдается на руки пациенту (или его представителю) по письменному заявлению. При наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента отказ в госпитализации отмечается соответствующей записью в талоне на оказание ВМП.

В случае отсутствия необходимого вида медицинской помощи федеральное государственное учреждение здравоохранения решает вопрос о внеочередном оказании медицинской помощи в других учреждениях здравоохранения.

По окончании оказания инвалиду медицинской помощи специализированное медицинское учреждение выдает ему выписку из истории болезни, содержащую подробные данные о проведенном лечении и рекомендации по дальнейшему лечению инвалида в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства.

В случае если документы о внеочередном оказании медицинской помощи рассматриваются долго или если инвалид недоволен качеством оказания медицинской помощи, он вправе обратиться с жалобой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения или в администрацию соответствующего учреждения здравоохранения.

2. Перечень видов высокотехнологичной помощи, которая финансируется за счет субвенции бюджетам территориальных фондов или за счет региональных бюджетов, можно найти в официальном документе. Это Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2018 и 2019 годов». Согласно новому процедурному порядку, список направлений ВМП должен устанавливаться ежегодно Министерством здравоохранения до 20 декабря.

Информация представляется в виде таблицы, которая отражает: код вида помощи; наименование вида группы ВМП; коды заболеваний по МКБ-10; модель больного, т.е. возможные заболевания у человека; вид лечения; метод лечения. Каждое направление включает большой список возможных заболеваний, при которых необходима высокотехнологичная медицинская помощь в 2018 году и позднее. Среди множества видов лечения есть и

хирургическое, но предлагаются и варианты лучевой, консервативной, терапевтической и комбинированной терапии. Общий список направлений ВМП включает такие как: абдоминальная хирургия (лечение органов брюшной полости); акушерство и гинекология; гематология; комбустиология (лечение тяжелых ожоговых поражений); нейрохирургия; педиатрия; онкология; отоларингология; офтальмология; детская хирургия в период новорожденности; сердечно-сосудистая хирургия; торакальная хирургия (хирургия органов грудной клетки); экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО); травматология и ортопедия; трансплантация; урология; эндокринология; гастроэнтерология; дерматовенерология; ревматология; челюстно-лицевая хирургия.

3. Если пациенту необходима высокотехнологичная медицинская помощь в 2018 году, которая не является частью базовой программы ОМС, то для лечения ему требуется выделить квоту. Так называют средства, выделяемые из федерального бюджета определенному лечебному учреждению на проведение конкретных видов терапии.

Сегодня список клиник, которые имеют право на ВМП, заметно расширен за счет региональных центров. Это увеличило общее количество квот и шансы на своевременную госпитализацию, но усложнило попадание в федеральные клиники. Квота на операцию или лечение дается при определенных заболеваниях, а не всех подряд. Их перечень отражает документ, издаваемый Минздравом. Список очень большой, содержит до 140 наименований из направлений, которые были перечислены выше. Процесс их выделения определяется рядом правительственных документов, таких как: постановления, дающие гарантию гражданам страны на бесплатное лечение; распоряжения Министерства здравоохранения РФ, которые подробнее описывают процесс квотирования; Федеральный закон №323, ст. 34, описывающий процесс оформления квот и их реализации.

Только Минздрав занимается решением вопросов, какое учреждение и сколько получит квот на лечение тех или иных заболеваний, в том числе в 2018 году. Порядок их получения не такой простой. Весь процесс включает три основных этапа, на каждом требуется пройти специализированную комиссию. Начинать нужно с лечащего врача по месту наблюдения и сообщить ему о своих намерениях. Чтобы оформить квоту на операцию или лечение при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в 2018 году, требуется пройти следующие предварительные этапы: получение направления от врача, прохождение при необходимости дополнительных манипуляций, обследований; выдача врачом справки, указывающей диагноз, методику лечения, меры диагностики, общее состояние больного; рассмотрение справки комиссией данного медучреждения, которая занимается квотированием; получение решения в течение 3 дней.

Если комиссия подтвердила необходимость ВМП, то следующим этапом становится передача бумаг. Логистика сложна: документы пациента направляются в региональный орган управления здравоохранением. Список требуемых бумаг включает: выписку из протокола заседания комиссии с положительным решением; ксерокопию паспорта или свидетельства о

рождении; заявление с указанием ФИО, адреса регистрации, данных паспорта, гражданства и контактной информации; ксерокопию полиса ОМС и пенсионного страхования; данные о страховом счете, обследованиях, анализах; выписку из медкарточки с описанием диагноза (подробным). Отправленные документы рассматриваются комиссией областного уровня из 5 специалистов. Департамент здравоохранения соответствующего субъекта РФ принимает решение в течение 10 дней. Если оно будет положительным, то комиссия: указывает клинику, где будет оказана высокотехнологичная помощь в 2018 году; направляет документы пациента; информирует больного о своем решении.

Для большинства пациентов выбирают клинику, которая ближе расположена к месту жительства пациента. Главное, чтобы учреждение имело лицензию на проведение высокотехнологичной медицинской помощи в 2018 году.

В клинику направляют: талон на оказание ВМП; копию протокола; сведения о состоянии человека. Выбранное медицинское учреждение, получившее пакет документов, имеет еще одну квотную комиссию. После проведения собственного заседания из 3 и более специалистов выносится окончательное решение об оказании и сроках лечения. Это занимает еще 10 дней. При использовании денег для лечения пациента талон на ВМП хранится сотрудниками этой клиники как документ, являющийся основанием для финансирования из средств бюджета.

Весь процесс получения квоты может занять около 23 дней.

Есть еще один вариант получения квоты – обращение напрямую в выбранную вами клинику, которая имеет лицензию на высокотехнологичное лечение. Для этого необходимо: перечисленный выше пакет документов подписать в местной клинике, где был поставлен диагноз, у основного медперсонала – лечащего врача и главного врача; отправиться в выбранное лечебное учреждение с подписанными документами; написать заявление на оформление квоты; при положительном решении с талоном вновь посетить департамент здравоохранения. Данный метод получения квоты считается более эффективным. Причина заключается в том, что пациент имеет возможность ознакомиться с медицинским учреждением. Кроме того, обработка запроса в клинике займет меньше времени по сравнению с обращением в департамент здравоохранения. Такой способ оформления квоты на высокотехнологичную терапию используется большим числом пациентов.

Все квоты распределяются между несколькими медицинскими учреждениями. Если в одной клинике они уже закончились, то можно найти другую. Чтобы выяснить количество оставшихся квот, стоит посетить местный департамент здравоохранения. Для пациентов существует специальный электронный ресурс. На нем в онлайн-режиме можно проверить номер талона, по которому будет предоставляться высокотехнологичная медицинская помощь в 2018 году.

После обращения к врачу и подтверждения им диагноза пациенту потребуется собрать определенный пакет документов. Для подачи бумаг сотрудникам регионального департамента здравоохранения необходимы:

заявление пациента, нуждающегося в лечении; письменное согласие на обработку персональных данных; протокол заседания комиссии из местной клиники, где был поставлен первоначальный диагноз; выписка из медицинской карты с указанием пройденных обследований и диагноза; паспорт и его копия; полис обязательного медицинского страхования, его ксерокопия; страховое свидетельство; при наличии – свидетельство об инвалидности. Направление на госпитализацию.

Закрепление нового материала:

- 1) Каков порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения?
- 2) Каким образом осуществляется оказание инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи?
- 3) Каковы показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам?
- 4) Каков порядок получения квот на ВМП?

Задание на дом: подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №6

Тема: Организация оказания инвалидам паллиативной медицинской помощи.

План:

1. Понятие и общие принципы оказания инвалидам паллиативной помощи.
2. Особенности оказания паллиативной помощи инвалидам с различными заболеваниями.
3. Организация оказания инвалидам паллиативной помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дайте понятие скорой медицинской помощи.
2. Какова организация оказания скорой помощи инвалидам?
3. Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.
4. Каков порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения?
5. Каким образом осуществляется оказание инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи?
6. Каковы показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам?
7. Каков порядок получения квот на ВМП?

Конспект

1. **Паллиативная медицинская помощь** представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Такая помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение оказанию такой помощи.

Паллиативная помощь направлена на облегчение участи пациента и поддержку его родственников путем применения самых разных методов воздействия: лекарств, моральной поддержки, бесед, организации поднимающих жизненный тонус мероприятий, решения социальных вопросов и др. Паллиативная медицинская помощь хотя сосредоточена на использовании медпрепаратов, облегчающих страдания, не может быть полностью обособленной.

Цели и задачи

Одной из главных целей является оказание помощи тяжелобольным людям в домашних условиях и поддержание стремления к жизни.

Когда лечение в условиях стационара оказывается неэффективным человек один на один остается со своим недугом и страхами. Для дальнейшей жизни необходимо стабилизировать эмоциональное состояние самого человека и близких.

Задачи:

Обезболивание и купирование болезненных ощущений.

Психологическая поддержка больного и близких.

Выработка здорового отношения к смерти.

Удовлетворение духовных потребностей.

Решение задач медицинской биоэтики.

Понятия и принципы оказания паллиатива взрослому населению и детям.

Паллиативная помощь оказывается амбулаторно, в режиме круглосуточного или дневного стационара.

Ответственность за ее своевременное оказание находится на государстве, органах здравоохранения, общественных институтах.

Кабинеты, направленные на оказание помощи пациентам с неизлечимыми диагнозами, создаются при многих хосписах и больницах.

В них:

производят наблюдение за общим здоровьем пациента,

выписывают лекарства,

выдают направления в стационарные медицинские учреждения,

направляют пациентов на консультацию к врачам,

консультируют,

проводят меры, направленные на улучшение эмоционального состояния пациента.

При работе с детьми во внимание принимается и состояние родителей. Главной задачей выступает предоставление возможностей для полноценного общения, обеспечения малышу хорошего настроения.

Поскольку малыши чувствуют боль в несколько раз острее, чем взрослые, главным принципом является использование любых законных методов, направленных на облегчение общего состояния пациента.

Паллиатив для взрослых и детей оказывается на основе принципов соблюдения моральных и этических норм, уважительного и гуманного отношения к больному и его родственникам.

Организация

Такие услуги представляют государственные, муниципальные и частные системы здравоохранения. Информация до пациента доводится лечащими врачами и с использованием любых других источников.

Взаимодействие кабинетов паллиативной помощи происходит с различными благотворительными, добровольческими и религиозными организациями.

Врачи, медсестры, сиделки, работающие с неизлечимо больными, должны уметь не только проводить процедуры, купирующие боль, но и оказывать на больного благоприятное воздействие своим человеческим отношением, обращением, правильно подобранными словами. То есть умирающий человек не должен чувствовать себя обузой, лишним, уже не нужным. До самого конца он должен ощущать ценность себя как личности и иметь возможность самореализации в той степени, в какой у него получается.

Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление. Паллиативная помощь должна быть оказана всем без исключения больным с неблагоприятным прогнозом для жизни.

В России вышел приказ № 187н, утвержденный 14.04.2015, в котором говорится о порядке оказания паллиативной медпомощи. Отдельным пунктом данного приказа выделены категории людей, которые могут на нее рассчитывать. Заболевания и состояния, при которых оказывается паллиативная медицинская помощь, следующие: онкология; хронические болезни в терминальной стадии; травмы с необратимыми последствиями, при которых больной нуждается в постоянном медицинском уходе; дегенеративные болезни нервной системы на завершающих стадиях; деменции в терминальной стадии (например, болезнь Альцгеймера); тяжелые и необратимые нарушения мозгового кровообращения. Об особенностях помощи больным СПИДом есть приказ № 610 от 17.09.2007.

Каждое из указанных заболеваний имеет свои особенности течения и требует индивидуального подхода в терапии и уходе за пациентом.

Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

Автономия и достоинство пациента. Каждый больной должен иметь право выбора, как и где получать помощь. Паллиативный уход может осуществляться только с согласия больного или его близких (в случае неспособности пациента самостоятельно принять решение). В процессе оказания паллиативной медицинской помощи к больному необходимо относиться с уважением и чуткостью, принимая во внимание его личные и религиозные ценности.

Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.

Непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.

Общение. Доказано, что доброжелательное общение увеличивает эффективность паллиативного лечения. Тяжелобольной человек нередко замыкается в себе, уходит от контактов. Специалисты по паллиативной помощи обязаны владеть навыками общения в сложной ситуации. С одной стороны, необходимо максимально честно донести до пациента информацию о его состоянии и перспективах, с другой стороны, с уважением отнестись к его надеждам на благоприятный исход.

Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход. Для достижения наибольшего эффекта в оказании паллиативной помощи приглашаются врачи различных специальностей, психологи, социальные работники, волонтеры и служители церкви.

Поддержка членов семьи больного. Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

2. Паллиативная медицинская помощь онкобольным. По логике вещей естественный процесс смерти должен касаться людей в преклонном возрасте. Но к сожалению, есть ряд неизлечимых заболеваний, поражающих и стариков, и молодых, например, онкологические. Раком ежегодно заболевает около 10 миллионов землян, не считая большого числа рецидивов. Именно онкобольным на последних стадиях заболевания паллиативная медицинская помощь оказывается в первую очередь. Она может проводиться обособленно или совместно с лучевой и химиотерапией и заключается в купировании болей пациента сильнодействующими препаратами. По статистике, рак в основном поражает перешагнувших возрастной рубеж 55 лет (более 70 % случаев).

Главными принципами работы с онкологическими больными является:
психологическая поддержка,
рациональное питание,
коррекция нарушений со стороны органов пищеварения,
борьба с болью.

В пожилом возрасте, как правило, у пациентов диагностируются и другие недуги (кардиологические, сосудистые и многие другие), усугубляющие их положение. Организация паллиативной медицинской помощи должна проводиться с учетом отягчающих основное заболевание факторов. При этом необходимо использовать все доступные науке методы облегчения положения больного, независимо от того, есть ли шанс на выздоровление.

Идея оказания паллиативной медицинской помощи при раке помимо использования «Морфина», «Бупренорфина» и других наркотических анальгетиков состоит в так называемых паллиативных операциях. Они подразумевают хирургическое вмешательство в тех случаях, когда врач заранее знает, что выздоровления у пациента не будет, но его состояние на короткий или длительный период улучшится. В зависимости от места локализации опухоли и ее вида (распадающаяся, кровоточащая, метастазирующая) паллиативные операции различают двух категорий.

Первая неотложная – когда у больного имеется непосредственная угроза жизни в самое ближайшее время. Так, при раке гортани на операции устанавливают трахеостому, при раке пищевода вшивают гастростому. В этих случаях не производят удаление опухоли, но создают такие условия, при которых она будет меньше вредить жизни больного. В результате смерть можно отодвинуть на неопределенно продолжительное время, иногда на несколько лет.

Вторая категория операций плановая, когда опухоль удаляют и проводят классическое лечение.

Помощь больным СПИДом. Особенности данного заболевания приносят большие мучения пациентам. Часто ВИЧ-инфицированные испытывают эмоциональные, психологические и социальные проблемы ничуть не меньше, чем физические страдания. Ухаживающий персонал также подвергается психологическому прессингу из-за страха заразиться, хотя бытовым путем это происходит крайне редко. СПИД является прогрессирующим и в конечном итоге смертельным заболеванием, но в

отличие от рака тут есть периоды ремиссии и обострений, связанных с сопутствующими инфекционными заболеваниями.

Поэтому при СПИДе паллиативная медицинская помощь – это и симптоматическая терапия по показаниям, и активные методы лечения, купирующие боль, облегчающие состояние пациента при лихорадке, поражениях кожи и головного мозга, других тягостных состояниях. Если онкологическим больным не сообщают их диагноз, то ВИЧ-инфицированных ставят в известность сразу. Поэтому очень желательно, чтобы они принимали участие в выборе методов лечения и были информированы о том, с какими результатами оно проходит.

Помощь при других заболеваниях. Есть много тяжелых недугов. Например, инсульт ведет к инвалидности и смерти примерно в 80-85 % случаев. Для перенесших его людей паллиативная медицинская помощь заключается в выполнении необходимых терапевтических процедур, поддерживающих и по мере возможности возобновляющих жизненные функции организма (например, способность ходить). Ежедневный уход за таким больным включает установку катетера для отвода мочи, предотвращение пролежней, кормление через носоглоточный зонд либо при помощи эндоскопической гастростомы, упражнения для укрепления мышц больного и другие.

Все большее число людей на планете сталкиваются с болезнью Альцгеймера, при которой нарушается работа головного мозга, а вместе с этим и всех органов и систем организма, включая умственные, речевые, двигательные, иммунозащитные функции. Паллиативная помощь в данном случае заключается в медикаментозном поддержании организма, а также в создании для больного условий, обеспечивающих (сколько это возможно) его нормальную жизнедеятельность.

3. Амбулаторное лечение. Организация оказания паллиативной медицинской помощи включает амбулаторное и стационарное лечение. При амбулаторных людях могут посещать лечебные учреждения, но чаще врачи сами выезжают на дом к пациентам (в основном для обезболивающих манипуляций). Эта услуга должна осуществляться бесплатно. Помимо медицинских процедур амбулаторная помощь состоит в обучении родственников навыкам ухода за тяжелобольными в домашних условиях, который включает водные процедуры (умывание, подмывание), питание (орально, энтерально с помощью зонда или парентерально, путем введения питательных веществ инъекциями), выведение газов и продуктов жизнедеятельности с помощью катетеров, газоотводных трубок, профилактика пролежней и многое другое.

Также в амбулаторную помощь входит выдача рецептов на наркотические и психотропные средства, направление больного в стационар, психологическая и социальная помощь его родственникам.

Дневной стационар. Приказ № 187н, регламентирующий порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, отдельно выделяет возможность осуществления лечения больных в дневных стационарах. Это производится в случаях, когда нет необходимости вести

круглосуточное наблюдение за пациентом, но требуется применять аппаратные и другие специфические методы лечения, например, ставить капельницы, использовать лазерную или лучевую терапию. Дневные стационары для больных, у которых есть возможность их посещать, являются прекрасным вариантом, так как при таком лечении человек не чувствует себя оторванным от семьи и одновременно получает все необходимые процедуры, которые невозможно проводить в домашних условиях.

Хосписы. Так называются учреждения, где оказывается паллиативная медицинская помощь неизлечимым пациентам в терминальной стадии заболевания. Образовано слово «хоспис» от латинского «хоспитиум», что означает «гостеприимство». В этом суть данных заведений, то есть тут не только, как в больницах, проводят лечение, но и создают пациентам максимально комфортные условия жизни.

Попадают в хосписы в основном незадолго до смерти, когда дома уже нет возможности купировать сильные боли и обеспечивать уход. Большинство пациентов хосписов не могут есть орально, самостоятельно дышать, осуществлять свои физиологические потребности без специфической помощи, но, несмотря на это, они по-прежнему остаются личностями, и отношение к ним должно быть соответствующее.

Помимо функций стационара хосписы в обязательном порядке должны осуществлять амбулаторное лечение тяжелых пациентов, а также работать, как дневные стационары.

Персонал. Паллиативную помощь оказывают не только медицинские работники, но и волонтеры, религиозные деятели, общественные организации. Работать с умирающими людьми не каждому под силу. Например, медицинская сестра паллиативной помощи должна не только иметь профессиональные навыки выполнения процедур (инъекции, капельницы, установка катетеров, подключение больного к аппаратам, поддерживающим жизненно необходимые функции организма), но и обладать такими качествами, как сострадание, человеколюбие, уметь быть психологом, помогающим пациентам спокойно воспринимать их положение и близкую смерть.

Брезгливым, сильно впечатлительным и равнодушным к чужому горю людям категорически нельзя работать с тяжелобольными. Также категорически запрещено ускорять кончину больного с целью избавления его от мучений. Нужно понимать, что и на самих медработников паллиативной помощи род их деятельности оказывает негативное воздействие. Постоянное присутствие рядом с умирающими часто приводит к депрессии, нервным срывам либо вырабатывает равнодушие к чужой боли, что является своего рода психологической защитой. Именно поэтому неопределимо важно со всеми занимающимися паллиативной помощью регулярно проводить обучение, семинары, встречи по обмену опытом.

Паллиативные подходы и методы. Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта. Купирование боли и симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими

соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе. Обычно боль возникает уже на последней стадии заболевания, утрачивая физиологическую защитную функцию и становясь крайне отягощающим жизнь фактором. В ряде случаев она связана непосредственно с опухолью, может быть постоянной или появляться периодически. Для эффективного купирования боли необходимо правильно оценить ее характер, разработать терапевтическую тактику и обеспечить постоянный уход. Наиболее доступным и простым в купировании боли способом является фармакотерапия. При получении необходимого препарата в правильной дозировке и через определенные промежутки времени этот метод эффективен в 80% случаев.

Психологическая поддержка. Онкологический больной постоянно находится в стрессовой ситуации. Тяжелое заболевание, изменение привычных условий жизни, госпитализация, сложные операции и лечение, потеря трудоспособности и инвалидность, угроза смерти не могут не действовать отрицательно на психологическое состояние человека. Больной не способен адаптироваться к новым условиям существования, он постоянно испытывает чувство страха, обреченности, что неблагоприятно влияет на общее состояние. Родственники больного чаще всего тоже находятся под воздействием стресса и неспособны оказать ему психологическую поддержку. При оказании паллиативной помощи с больным и его родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

Социальная поддержка. Психологические проблемы могут усугубляться и социальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход. У 80% онкологических больных в тяжелой стадии имеются материальные проблемы, 40% нуждаются в улучшении жилищных условий. При этом две трети пациентов не имеют информации о доступной социальной помощи. При организации паллиативной помощи обязательно нужно оказывать и социальную поддержку больному и членам его семьи.

Паллиативная помощь может быть оказана как в специализированных, так и в неспециализированных медицинских учреждениях. Поскольку количество узкопрофильных клиник еще слишком невелико, их обязанности вынуждены выполнять обычные больницы.

Неспециализированные учреждения паллиативной помощи. К ним относятся: районные службы сестринского ухода; врачи общей практики; амбулаторные службы сестринского ухода; отделения больниц общего профиля; дома для престарелых. Персонал в этих учреждениях не всегда имеет специализированную подготовку, поэтому клиники должны иметь возможность консультации со специалистами по мере необходимости. Работа служб в неспециализированных учреждениях должна быть налажена таким образом, чтобы неизлечимо больной пациент мог получить необходимую помощь вне очереди и максимально быстро.

Специализированные учреждения и центры. В перечень специализированных учреждений входят: стационарные отделения паллиативной помощи; стационарные хосписы; команды паллиативной помощи в больницах; патронажные бригады паллиативной помощи на дому; дневные хосписы; стационары на дому; амбулаторные клиники. Оказание профессиональной паллиативной помощи требует взаимодействия команды специалистов разного профиля. Среди крупных центров и отделений паллиативной медицины можно выделить 1-й Центр паллиативной медицины в Москве, открытый на базе городской больницы № 11. Профессиональную паллиативную помощь оказывают в специализированных отделениях Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, ГКБ № 51, Морозовской и Юсуповской больниц, в клинике Экстремед г. Москвы, в государственных и частных хосписах. Ежегодно в разных регионах страны открываются платные хосписы и отделения паллиативного ухода, что в какой-то степени снимает остроту проблемы недостатка мест в государственных клиниках.

Закрепление нового материала:

(Тестирование)

1. Виды медицинской помощи, оказываемые инвалидам:
 - а) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
 - б) специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь,
 - в) первичная медико-санитарная помощь,
 - г) всё верно.
2. Паллиативная медицинская помощь -
 - а) комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания,
 - б) комплекс мероприятий, проводимых в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан,
 - в) комплекс мероприятий, проводимых в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи,
 - г) все перечисленные ответы верны.
3. В РФ первичную медико-санитарную помощь оказывают:
 - а) госпитали;
 - б) поликлиники, офисы семейного врача, женские консультации;
 - в) медико-санитарные части;
 - г) санатории-профилактории.
4. Ведущим звеном в системе первичной медико-санитарной помощи является:
 - а) здравпункт;
 - б) фельдшерско-акушерский пункт;
 - в) поликлиника;
 - г) сельская участковая больница.
5. Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается:
 - а) учреждениями муниципальной системы здравоохранения;

- б) санитарно-эпидемиологической службой;
 - в) частной системой здравоохранения;
 - г) все перечисленное верно.
6. В основе паллиативного ухода лежит:
- а) система поддержки пациента, помогающая ему жить настолько возможно качественно;
 - б) уход, реабилитация, профилактика;
 - в) психотерапия, симптоматическое лечение, фармакотерапия;
 - г) симптоматическое лечение.
7. Психологическая поддержка при паллиативном уходе обеспечивает:
- а) устранение боли;
 - б) ощущение принадлежности семье, родственникам, близким;
 - в) чувство комфорта;
 - г) отсутствие отрицательных эмоций.
8. В соответствии с международными стандартами качество - это:
- а) совокупность свойств и характеристик продукта (услуг), которые придает ему способность удовлетворять установленные или подразумеваемые потребности;
 - б) признак высокой эффективности;
 - в) содержание эффективности;
 - г) соответствие стандарту.
9. Первичная медико-санитарная помощь
- а) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
 - б) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
10. Специализированная медицинская помощь
- а) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию
 - б) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию
11. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:
- а) вне медицинской организации; амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно
 - б) амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно
 - в) амбулаторно и стационарно

12. Первичная врачебная медико-санитарная помощь, включая специализированную,

оказывается:

- а) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами)
- б) врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь
- в) и то, и другое верно

Задание на дом: Подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №7

Тема: Особенности организации оказания медицинских услуг детям инвалидам.

План

1. Система оказания медицинской и социальной помощи детям – инвалидам.
2. Особенности организации оказания медицинских услуг детям инвалидам.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос):

1. Какова система оказания медицинской и социальной помощи детям – инвалидам?
2. Что такое терапевтическая игра?
3. Каковы основные причины детской инвалидности?
4. Каковы особенности организации оказания медицинских услуг детям инвалидам?
5. Каковы особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха?
6. Каковы основные направления деятельности специализированных учреждений для инвалидов с нарушениями слуха?
7. Каковы особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями зрения?
8. Каковы особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата?

Конспект

1. В последние годы в России отмечается значительное увеличение числа детей-инвалидов. В структуре причин детской инвалидности преобладают психоневрологические заболевания (более 60%), заболевания внутренних органов (до 20%), опорно-двигательной системы (9-10%), нарушение зрения (около 13%), слуха (около 4%)

Факторы, обуславливающие возникновение инвалидности у детей, – ухудшение экологической обстановки, неблагоприятные условия труда женщин, рост травматизма, отсутствие условий и культуры здорового образа жизни, высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей, и др.

Различают четыре группы факторов риска, приводящих к возникновению инвалидности у ребенка: пренатальные (наследственные), перинатальные (больная мать), неонатальные (внутриутробные) и приобретенная патология, в связи с которыми необходима разработка целенаправленных подходов к ребенку-инвалиду в зависимости от особенностей причин инвалидности.

Глава 3 ФЗ №181 полностью посвящена реабилитационным мерам в отношении детей, имеющих инвалидность. В ней описаны общие принципы работы федеральной программы, направленной на интеграцию таких детей в общество и предоставление им возможности получить максимальную

самостоятельность. С этой целью созданы государственные межведомственные службы, занимающиеся разработкой и внедрением мер реабилитации детей-инвалидов. Основные задачи данной программы определяются так:

Восстановление функций организма детей-инвалидов (протезирование, терапия, хирургия).

Создание всех необходимых условий для профессиональной самореализации (приобретение специальности, нахождение рабочего места).

Интеграция в социум на любом уровне, начиная от юридических разбирательств в государственные органы и заканчивая психологической помощью для установления контакта с окружающими.

Медицинское обслуживание детей-инвалидов

Дети инвалиды, как категория граждан с особыми потребностями, имеют право на получение различных услуг бесплатной медицинской помощи, в частности:

Базовая медицинская помощь. Включает в себя основные диагностические и терапевтические мероприятия, а также мониторинг состояния ребёнка во время прохождения профилактического лечения.

Специализированная медицинская помощь. В случае необходимости ребёнок-инвалид может получить бесплатное лечение, требующее применения технических средств или особых методик.

Скорая медицинская помощь. Данный вид помощи также осуществляется абсолютно бесплатно, даже если требует специализированных мер.

Ежегодно составляется список препаратов, которые ребёнок-инвалид может получить за счёт государственного бюджета. Для выдачи необходимых медикаментов необходимо получить рецепт. Если в аптечном пункте нет необходимых препаратов, фармацевт должен предложить замену или попросить отсрочку, срок которой не должен превышать 10 дней.

Как правило, все рецепты выписываются лечащим врачом, в отдельных случаях – лечащим врачом по согласованию с комиссией медицинского учреждения. Есть случаи, когда лечащий врач не может самостоятельно выписать льготный рецепт, например, при необходимости одновременно назначить одному больному более 5 лекарственных препаратов, либо при назначении наркотических или других сильнодействующих лекарств.

Законодательство содержит случаи, когда выписка рецепта вообще запрещена, например, при отсутствии медицинских показаний или если лекарство запрещено к применению.

Аптеки, которые отпускают лекарства бесплатно или по льготным рецептам должны иметь договор с территориальным управлением здравоохранения. Это необходимо знать поскольку бывают случаи, когда аптеки незаконно отказывают в предоставлении лекарств.

В связи с этим можно обратиться с жалобой в соответствующий орган. Отказ в предоставлении льготных лекарств может повлечь серьезные последствия, так как для инвалида медикаменты жизненно важны.

Дети-инвалиды должны обеспечиваться бесплатными протезно-ортопедическими изделиями и их ремонтом. Одновременно с основным изделием, инвалидам могут выдаваться и запасные изделия, рабочие, спортивные и другие виды.

Дети-инвалиды должны обеспечиваться ортопедической обувью, а также обувью на протезы.

Необходимость в протезировании определяется соответствующими медицинскими учреждениями. Ребенок-инвалид должен быть обеспечен протезно-ортопедическими изделиями в том районе, где он проживает, а если это невозможно и необходим переезд в другое место, то все расходы к месту протезирования оплачиваются за счет государства. Если инвалид желает воспользоваться услугами негосударственных медицинских учреждений, то ему необходимо получить в органе социальной защиты гарантийное письмо о том, что все услуги, полученные в таком учреждении, будут оплачены государством.

Для того чтобы получить протезно-ортопедические изделия или специальную обувь необходимо обратиться в медицинский отдел протезно-ортопедического предприятия, расположенного в районе проживания ребенка-инвалида и предоставить следующие документы:

карту протезирования;

паспорт;

справку или выписку из истории болезни.

Санаторно-курортное лечение детей инвалидов

Дети-инвалиды также могут получать путевки на санаторно-курортное лечение на льготных условиях. Они вправе получить дополнительную путевку на сопровождающее лицо. Соответствующие медицинские органы и органы социального страхования производят отбор инвалидов, которые по показаниям должны быть направлены на лечение, при этом учитывается множество факторов, в том числе и противопоказания к такому лечению. Устанавливаются объем и условия содержания, лечения, сроки, процедуры, необходимые для каждого конкретного ребенка.

Первоначально для получения путевки следует получить в поликлинике по месту жительства справку установленного образца. Далее с этой справкой и заявлением о получении путевки обратиться в органы соцзащиты или социального страхования. Если ребенок-инвалид проживает в учреждении социального обслуживания и поддержки, такое заявление за него подает администрация учреждения.

В течение 10 дней соответствующие органы рассматривают заявление и принимают решение о предоставлении путевки.

Выдача самих путевок осуществляется за 21 день до даты заезда в лечебное учреждение. В своей поликлинике нужно получить санаторно-курортную карту, которая вместе с путевкой предоставляется в санаторно-курортное учреждение. При отказе от путевки она должна быть возвращена в органы соцзащиты или социального страхования не позднее 7 дней до начала срока ее действия.

2. К детям любого возраста отношение должно быть равным, доброжелательным.

Медицинские работники, непосредственно находящиеся среди детей, всегда должны учитывать психологические особенности больных, их переживания, чувства. Для лучшего понимания состояния детей важно, помимо выяснения индивидуальных психологических особенностей ребенка, знать обстановку в семье, социальное и положение родителей. Все это необходимо для организации правильного ухода за ребенком инвалидом в стационаре и эффективного его лечения.

При общении с больными медицинские работники зачастую испытывает эмоциональное напряжение, иногда вызванное неправильным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями родителей и т.п. В этих случаях необходимо сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять в себе раздражительность и чрезмерную эмоциональность.

Недопустимо также разделение детей на «хороших» и «плохих», а тем более выделять «любимчиков». Дети необыкновенно чувствительны к ласке и тонко чувствуют отношение к ним взрослых. Тон разговора с детьми всегда должен быть равным, приветливым. Все это способствует установлению между ребенком и медицинским персоналом доброжелательных, доверительных отношений и оказывает на больного положительное влияние.

Большое значение при общении с ребенком инвалидом имеет чуткость, т.е. стремление понять его переживания. Терпеливая беседа с ребенком позволяет выявить личностные особенности, доминирующее переживание, помогает в постановке диагноза. Нужно не только формально выслушать жалобы больного ребенка, а проявить теплое участие, соответственно реагируя на услышанное. Больной успокаивается, видя отношение медицинского работника, а последний получает дополнительную информацию о ребенке. Напротив, резкий или фамильярный тон в разговоре создает препятствие для установления нормальных взаимоотношений с больным ребёнком.

Уход за ребенком инвалидом, помимо профессиональной подготовки, требует от медицинского работника большого терпения и любви к детям. Важно иметь представление о степени соответствия психического и физического развития ребенка, знать его личностные качества.

Следует помнить, что у детей инвалидов дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают навязчивые страхи: боязнь белых халатов, одиночества, страх боли, страх смерти и т.п. В связи с этим у таких детей часто развиваются вторичные невротические реакции (недержание мочи или кала, заикание, тики и т.п.). Медицинский работник должен помочь ребенку преодолеть страх. Необходимо в доверительной беседе с ребенком выяснить причины того или иного страха, рассеять его, используя приёмы игры, приободрить больного, особенно перед предстоящими манипуляциями (инъекциями, процедурами). Желательно проводить их одновременно с детьми, длительное время находящимся в стационаре. В этих случаях недавно поступившие на лечение дети, как правило, намного легче переносят незнакомые им манипуляции.

Медицинский работник должен уметь компенсировать детям отсутствие родителей и близких. Особенно плохо переносят разлуку с родителями дети до 5 лет. Однако даже болезненно переживающие временный отрыв от родителей дети довольно быстро привыкают к новой обстановке, успокаиваются. В этой связи частые посещения родителей в первые дни госпитализации могут травмировать психику ребенка. Целесообразно в период адаптации (3–5 дней) не допускать частых визитов родителей.

Медицинскому работнику принадлежит ведущая роль в (организация игр, просмотр телевизионных передач и т.п.). Прогулки на свежем воздухе сближают детей, а внимание и теплое отношение медицинского персонала обеспечивают адаптацию больных детей к новым условиям.

Следует поддерживать в коллективе лечебного учреждения доброжелательность, единство стиля и слаженность в работе, что помогает обеспечивать высокий уровень ухода и лечения детей. Медицинская сестра, находясь среди детей и наблюдая за их поведением и реакциями, должна видеть индивидуальные особенности детей, характер взаимоотношений и т.д. Получая эту важную психологическую информацию лечащий врач также своевременно может изменить (оптимизировать) свою основную лечебную тактику, что будет способствовать формированию здоровой психологической атмосферы лечебного учреждения и повышению эффективности лечебного процесса.

Реабилитационная медицинская сестра - участник единой реабилитационной команды, которая от обычного стационарного отделения отличается тем, что здесь каждый специалист в тесном взаимодействии с каждым из своих коллег, под единым общим руководством, работает над каждым конкретным больным, стараясь максимально эффективно вернуть утраченные вследствие болезни или травмы возможности. Медицинская сестра в процессе ухода обучает детей инвалидов и контролирует правильность выполнения тех или иных навыков.

При организации сестринского процесса по уходу за больным ребенком сестринская деятельность направлена на решение проблем пациента (биологических, психологических и социальных).

Медсестринское обследование - один из этапов сестринского процесса - сбор информации о настоящем состоянии здоровья пациента. Знание только естественных наук, анатомии и физиологии человека не позволяют медсестре полноценно разрешить эти проблемы. Сбор данных: физиологических, психологических, социальных требует того, чтобы медицинская сестра обладала дополнительными знаниями основ педагогики и психологии, а также умениями применять методы и приемы психологии и педагогики для работы с детьми инвалидами и их родителями.

На примере применения знания педагогических и психологических приемов, которые используются медсестрой при организации сестринского ухода, направленного на удовлетворение жизненно важных потребностей, можно убедиться в важности дополнительных знаний. Таким примером является применение терапевтической игры как метода обучения и подготовки ребенка к медицинским процедурам.

В подготовке детей инвалидов к обследованию велика роль медсестры, которая проводит с ними значительную часть времени. От ее знаний и умений отвлечь малыша, успокоить зависит поведение ребенка во время процедуры. В общении с детьми особенно недопустима небрежность персонала, не говоря уже о грубости. В основу работы медицинской сестры должен быть положен принцип, максимально щадящий психику больного ребенка; максимальное ограждение ребенка от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. Следует избегать насилия над ребенком при обследовании, проведении разных медицинских процедур. Для этого необходимо использовать все возможные методы, позволяющие снять состояние страха у маленького пациента. Одним из таких приемов является терапевтическая игра. Игра является важной частью жизни ребенка и поэтому помогает ему преодолевать беспокойство и депрессию.

Терапевтическая игра включает два этапа:

- подготовку детей к процедурам;
- общение с ними соответственно их возрастным группам.

Подготовка детей от рождения до 6 лет к процедурам ведется с родителями, от 12 до 14 лет - без родителей.

Подготовка к процедуре начинается:

- за 30 мин - 1 час у детей до 3 лет;
- за 1-4 часа у детей до 5 лет;
- за 1-2 часа у детей до 15 лет.

Дети от 1 года до 3 лет не имеют представления о времени, поэтому время процедуры можно связать со сном. Например: «Это будет после сна». Вместо: «Доктор сделает рентген», необходимо сказать: «Доктор сейчас тебя сфотографирует».

Действия медсестры:

- хвалить поведение ребенка во время процедуры;
- подготовить игровой материал и необходимое для этой процедуры оборудование, инструментарий, чтобы ребенок мог увидеть и потрогать его;
- позволить ребенку «помогать» во время процедуры: подержать что-то, надеть самому, поиграть (по возможности) или «примерить» кукле;
- не применять отрицательной лексики: «не делай!», «не двигайся!» и т.п.;
- предупредить о возможности боли (обезболить) или сказать о возможной боли во время процедуры.

Дети от 3 до 5 лет обладают фантазией и богатым воображением, они очень беспокойны, их пугает даже царапина, они боятся телесных повреждений. Им необходимо в деталях представить ход процедуры.

Действия медсестры:

- ознакомить ребенка с процедурой, дать поиграть с некоторыми инструментами, потрогать (в ходе терапевтической игры);
- ответить на все вопросы, которые ребенок задает о процедуре;
- успокоить;
- наблюдать за поведением ребенка и определить симптомы проявления боли.

Дети в 12 лет способны понимать многие вещи. Они любят использовать во время терапевтической игры кукол, макеты, и т.д. Их желательно изолировать от сверстников во время подготовки к процедуре (чувство стеснения, кроме того, рассеивается внимание).

Действия медсестры:

- объяснить, какие части тела будут подвержены процедуре;
- отвлечь внимание ребенка, вводя элементы терапевтической игры;
- успокоить.

Дети от 12 до 15 лет стремятся к независимости и индивидуальности, их пугают неудачи, изменения, происходящие в их внешности, поэтому:

- с ними нужно открыто обсудить проблемы;
- в терапевтической игре использовать анатомические атласы, рисунки, макеты, оборудование;
- объяснить ясно и в деталях, что они увидят, услышат, почувствуют;
- предложить дыхательные упражнения для устранения стресса или боли.

После окончания исследования ребенка нельзя оставлять одного, следует посидеть возле него, взять его на руки. Отвлекающими моментами являются чтение книг, показ интересной игрушки, оказание помощи старшими детьми младшим. При этом по реакции пациента медицинская сестра оценивает состояние ребенка, чтобы затем внести соответствующие коррективы. Эти показатели контроля служат главным основанием для суждения о результатах проведенного сестринского процесса. Медицинская сестра, работающая в тесном контакте с родителями ребенка инвалида, играет существенную роль в подготовке его к обследованию и болезненным лечебным процедурам. Терапевтическая игра как один из приемов подготовки ребенка к медицинским процедурам:

- помогает ребенку отличать воображаемое от действительности;
- уменьшает страхи больного ребенка;
- способствует адаптации ребенка к процедурам и медицинскому окружению;
- помогает преодолеть беспокойство и депрессию, почувствовать защищенность и заботу со стороны медицинского персонала;
- способствует более быстрому выздоровлению ребенка.

Закрепление нового материала:

1. Каков порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения?
2. Каким образом осуществляется оказание инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи?
3. Каковы показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам?
4. Каков порядок получения квот на ВМП?

Задание на дом:

Теоретическое занятие №8

Специальность:31.02.01. Лечебное дело

Название ПМ, раздела, МДК: Организация доступной среды для инвалидов при оказании медицинских услуг.

Тема: Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи.

План

1. Общие требования к организации доступной среды при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи.

2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи.

Вопросы для контроля знаний:

8. Дайте определение ПМСП.
9. Каковы принципы оказания ПМСП инвалидам?
10. Какова организация оказания инвалидам ПМСП?
11. Дайте понятие скорой медицинской помощи.
12. Какова организация оказания скорой помощи инвалидам?
13. Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.

Конспект

Руководителями подведомственных Министерству здравоохранения медицинских организаций обеспечивается создание инвалидам следующих условий доступности услуг в соответствии с требованиями, установленными законодательными и иными нормативными правовыми актами:

а) оказание инвалидам помощи, необходимой для получения в доступной для них форме информации о правилах предоставления услуги, в том числе об оформлении необходимых для получения услуги документов, о совершении ими других необходимых для получения услуги действий;

б) предоставление инвалидам по слуху, при необходимости, услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска на объект сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика;

в) оказание работниками подведомственных Министерству медицинских организаций иной необходимой инвалидам помощи в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Кроме вышеперечисленных условий доступности услуг, медицинскими организациями обеспечивается:

а) оборудование на прилегающих к объекту территориях мест для парковки автотранспортных средств инвалидов;

б) предоставление бесплатно в доступной форме с учетом стойких расстройств функций организма инвалидов информации об их правах и

обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и условиях доступности их предоставления;

в) сопровождение инвалида - получателя услуги при передвижении по территории объекта, в котором предоставляются услуги.

2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи.

При оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи медицинскому персоналу необходимо придерживаться следующих правил

1. Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их — в ваших интересах.
2. Не перебивайте и не поправляйте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль.
3. Не пытайтесь ускорить разговор. Будьте готовы к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет у вас больше времени. Если вы спешите, лучше, извинившись, договориться о другом, более свободном времени.
4. Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт. Отдайте этой беседе все ваше внимание.
5. Не думайте, что затруднения в речи — показатель низкого уровня интеллекта человека.
6. Если человека с затрудненной речью сопровождает другой человек, не адресуйте ваши вопросы, комментарии или просьбы компаньону.
7. Старайтесь задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.
8. Не притворяйтесь, если вы не поняли, что вам сказали. Повторите то, как вы поняли, и реакция собеседника вам поможет.
9. Не забывайте, что человеку с нарушенной речью тоже нужно высказаться. Не перебивайте и не подавляйте его. Не торопите говорящего.
10. Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять вас.
11. Не трогайте чужие голосовыми приспособлениями, поскольку они — личная принадлежность человека.
12. Если у вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли ваш собеседник использовать другой способ — написать, напечатать.

5. Закрепление нового материала:

- 1) Каких правил необходимо придерживаться медицинскому персоналу при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи?

- 2) Какие условия доступности услуг в соответствии с требованиями, установленными законодательными и иными нормативными правовыми актами обеспечиваются инвалидам с нарушением речи?

Задание на дом: Подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №9

Тема: Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха.

План

1. Общие требования к организации доступной среды при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха.
2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха.

Вопросы для контроля знаний:

1. Дайте определение ПМСП.
2. Каковы принципы оказания ПМСП инвалидам?
3. Какова организация оказания инвалидам ПМСП?
4. Дайте понятие скорой медицинской помощи.
5. Какова организация оказания скорой помощи инвалидам?
6. Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.
7. Каков порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения?

Конспект

1. Руководителями подведомственных Министерству здравоохранения медицинских организаций обеспечивается создание инвалидам следующих условий доступности услуг в соответствии с требованиями, установленными законодательными и иными нормативными правовыми актами:

а) оказание инвалидам помощи, необходимой для получения в доступной для них форме информации о правилах предоставления услуги, в том числе об оформлении необходимых для получения услуги документов, о совершении ими других необходимых для получения услуги действий;

б) предоставление инвалидам по слуху, при необходимости, услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска на объект сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика;

в) оказание работниками подведомственных Министерству медицинских организаций иной необходимой инвалидам помощи в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Кроме вышеперечисленных условий доступности услуг, медицинскими организациями обеспечивается:

а) оборудование на прилегающих к объекту территориях мест для парковки автотранспортных средств инвалидов;

б) предоставление бесплатно в доступной форме с учетом стойких расстройств функций организма инвалидов информации об их правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и условиях доступности их предоставления;

в) сопровождение инвалида - получателя услуги при передвижении по территории объекта, в котором предоставляются услуги.

2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха.

При оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха медицинскому персоналу необходимо придерживаться следующих правил

1. Прежде чем заговорить с человеком, у которого понижен слух, дайте знак, что вы собираетесь ему что-то сказать. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помахайте ему рукой или похлопайте по плечу.
2. Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.
3. Не затемняйте свое лицо и не загромождайте его руками, волосами или какими-то предметами, расположитесь так, чтобы на вас падал свет, и вас было хорошо видно. Ваш собеседник должен иметь возможность следить за выражением вашего лица.
4. Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если вы не знаете, какой предпочесть, спросите у них.
5. Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае говорите немного более четко. В другом случае понадобится снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты.
6. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно слегка тронуть Человека за руку или плечо, или же помахать рукой. /
7. Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не нужно.
8. Если вас просят повторить что-то, попробуйте перефразировать свое предложение. Используйте жесты.
9. Убедитесь, что вас поняли. Не стесняйтесь спросить, понял ли вас собеседник.
10. Если вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напишите ее, сообщите по факсу или электронной почте, или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.
11. Если существуют трудности при устном общении, спросите, не будет ли проще переписываться. Не говорите: «Ладно, это неважно». Сообщения должны быть простыми.
12. Не забывайте о среде, которая вас окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.
13. Не меняйте тему разговора без предупреждения. Используйте переходные фразы вроде: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...»

14. Очень часто глухие люди используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика, не забудьте, что обращаться нужно непосредственно к собеседнику, а не к переводчику.

15. Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Вам лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если ваш собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил.

Помните:

- что только три из десяти слов хорошо прочитываются;
- нужно смотреть в лицо собеседника и говорить ясно и медленно, использовать простые фразы и избегать несущественных слов;
- следует использовать выражение лица, жесты, телодвижения, если хотите подчеркнуть или прояснить смысл сказанного.

Вопросы для закрепления новой темы:

Каких правил медицинскому персоналу необходимо придерживаться при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха?

Задача №2. Аспирант кафедры хирургии медицинского университета, находясь в отпуске, с семьей ехал на собственной машине на дачу. При выезде из города он остановился, так как дорога была перекрыта из-за аварии. Выйдя из машины, он увидел травмированного, лежащего на обочине дороги мужчину в тяжелом состоянии, заметил открытый перелом правой бедренной кости с кровотечением, слышал, как автоинспектор вызывал скорую помощь. Но тут дорогу открыли, и врач, решив, что в данный момент он не может оказать медицинской помощи, продолжил путь.

Вопросы:

1. Обязан ли был врач в данной ситуации оказать медицинскую помощь?
2. Имеются ли основания для привлечения врача к юридической ответственности?
3. Какие причины могут считаться уважительными в случае неоказания медицинской помощи лицами, обязанными ее оказывать в соответствии с законом?

Эталон ответа:

1. Да, обязан.
2. Врач совершил преступление по ст. 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", так как по жизненным показаниям он должен оказывать первую медицинскую помощь в любом месте и в нерабочее время (в том числе находясь в отпуске).
3. Под уважительными причинами понимают непреодолимую силу (стихийное бедствие), крайнюю необходимость (например, должен был оказать помощь другому пациенту), болезнь самого медицинского работника, отсутствие инструментов, лекарств и т. п. Ссылка медицинского работника на нерабочее время, на нахождение его в отпуске не считается уважительной причиной и соответственно не исключает уголовной ответственности.

Задача №3. В крупной городской больнице прооперирован больной Н., 60 лет, по поводу аденомы предстательной железы II стадии. Последние годы гражданин Н. страдал также ИБС II стадии, фиброзом левого легкого,

церебральным склерозом, глаукомой. После операции он был помещен в реанимацию, где находился в бессознательном состоянии. Через 2 дня, когда состояние больного резко ухудшилось, его жена обратилась к лечащему врачу, а затем к заведующему отделением с просьбой отменить ряд сильнодействующих препаратов, которые, как показал многолетний опыт лечения, больной переносит плохо. В связи с категорическим отказом и угрозой перевести больного из реанимации она пыталась рассказать врачам, какие из лекарств обычно помогают мужу, просила проинформировать о состоянии его здоровья и методах лечения, в чем ей было грубо отказано.

Вопросы:

1. Были ли нарушены в данном случае права пациента, гарантированные законодательством Российской Федерации?
2. К какому должностному лицу имеют право обратиться пациент или его родственники в случае нарушения своих прав?

Задание на дом: Подготовить презентацию по теме.

Теоретическое занятие №10

Тема: Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

План

1. Общие требования к организации доступной среды при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Вопросы для фронтального опроса:

1. Дайте понятие скорой медицинской помощи.
2. Какова организация оказания скорой помощи инвалидам?
3. Дайте понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам.
4. Каков порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения?
5. Каким образом осуществляется оказание инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи?
6. Каков порядок получения квот на ВМП?
7. Дайте понятие оказания инвалидам паллиативной помощи.
8. Каковы общие принципы оказания инвалидам паллиативной помощи?
9. Каковы особенности оказания паллиативной помощи инвалидам с различными заболеваниями?

Конспект

1. Нормы и правила по проектированию среды, адаптированной для инвалидов и других маломобильных групп населения, прежде всего содержатся в СП 59.13330.2012, применение которого носит обязательный характер.

Входы в медицинские учреждения для пациентов и посетителей должны иметь визуальную, тактильную и акустическую (речевую и звуковую) информацию с указанием групп помещений (отделений), в которые можно попасть через данный вход. Входы в кабинеты врачей и процедурные должны быть оборудованы световыми сигнализаторами вызова пациентов.

Травмпункт, инфекционный кабинет и приемное отделение должны иметь автономные наружные входы, доступные для инвалидов. Травмпункт должен размещаться на первом этаже.

Ширина коридоров, используемых для ожидания, при двустороннем расположении кабинетов должна быть не менее 3,2 м, при одностороннем - не менее 2,8 м.

Также требования к обеспечению доступности медицинских учреждений содержатся в Своде правил СП 148.13330.2012, который носит

рекомендательный характер и распространяется на стационарные и полустационарные учреждения медицинского, социального и медико-социального обслуживания, связанные с уходом за немощными и хронически больными людьми.

Основной целью введения данного свода правил (далее – СП) является создание полноценной пространственной среды в учреждениях медицинского обслуживания при помощи рациональных планировочных решений, применения современного оборудования и мебели, обеспечивающих требуемый уровень доступности и безопасности социальных услуг и медицинской помощи, а также комфортность пребывания и проживания маломобильных групп населения в специализированных зданиях.

Для людей с ограниченным передвижением, которые длительное время проводят сидя, наиболее важным является организация мест отдыха. Такие места в пространстве здания должны быть предусмотрены с учетом разнообразных видов отдыха:

- для созерцания окружающей жизни и элементов природы;
- для отдыха по пути к цели;
- для общения в небольшом кругу собеседников;
- для общения по телефону;
- для ожидания приема (в лечебных учреждениях)

Цветовые решения внутренней отделки помещений медицинских учреждений должны быть адаптированы к особенностям зрения и психофизиологии инвалидов, а именно:

- длинные коридоры белого цвета не способствуют поддержке умственных способностей, поэтому их следует разделить на разные цветовые отрезки;

- при цветовом выделении тех или других поверхностей в информационных целях следует учитывать возрастные изменения в восприятии голубого, зеленого и красного цвета, которые становятся трудно различимыми, а небольшие изменения в оттенках трудноуловимыми;

- все цвета большой насыщенности красного, красно-оранжевого, оранжево-желтого колера вызывают повышенное возбуждение, что обуславливает нецелесообразность их применения в помещениях постоянного пребывания;

- цвета средней и небольшой насыщенности: желтый, желто-зеленый, оранжево-желтый цвета повышают ясность видения, что обуславливает целесообразность их применения в интерьерах помещений или коммуникационных путей, требующих повышенного внимания.

Различные цветовые отрезки стен при возможности могут быть заменены на сюжетные рисунки, лучше обеспечивающие ориентацию.

Цветовые решения покрытия лестничных маршей должны обеспечивать привлечение внимания к элементам, в зоне которых наиболее вероятно получение травм:

- края ступеней лестниц обклеивают (окрашивают) полосками контрастного материала;

- первая и последняя ступеньки лестниц должны быть окрашены в яркие цвета фосфорисцирующими красками.

Во избежание падения и для улучшения ориентации в пространстве следует обеспечивать необходимые условия освещения, то есть обеспечивать дополнительную освещенность при выходе из лифтов, на лестницах (особенно в начале и в конце марша и боковых границ лестниц).

Во врачебных кабинетах следует предусматривать дополнительную площадь, учитывающую пребывание сопровождающего, габариты вспомогательных средств передвижения пациентов, а также наличие у рабочего места врача компьютерного стола, необходимого для динамического ведения истории болезней прикрепленных пациентов.

2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

При оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата медицинскому персоналу необходимо придерживаться следующих правил

Помните, что инвалидная коляска — неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайтесь на нее, не толкайте, не кладите на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения — то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.

1. Всегда спрашивайте, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее. Предлагайте помощь, если нужно открыть тяжелую дверь или пройти по ковру с длинным ворсом.

2. Если ваше предложение о помощи принято, спросите, что нужно делать, и четко следуйте инструкциям.

3. Если вам разрешили передвигать коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.

4. Всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересуйтесь, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить.

5. Не нужно хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.

6. Если возможно, расположитесь так, чтобы ваши лица были на одном уровне. Избегайте положения, при котором вашему собеседнику нужно запрокидывать голову.

7. Если существуют архитектурные барьеры, предупредите о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.

Основное правило общения с инвалидами заключается в том, что вы никогда не должны показывать им свое превосходство и излишнюю сердобольность, и навязчивое сочувствие. Общаться с инвалидами нужно так же как вы общаетесь с остальными людьми и вести себя при этом нужно так же как вы ведете себя всегда.

Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

При общении с людьми с гиперкинезами (спастикой):

Гиперкинезы – непроизвольные движения тела или конечностей, которые обычно свойственны людям с детским церебральным параличом (ДЦП). Непроизвольные движения могут возникать также у людей с повреждением спинного мозга.

- Если вы видите человека с гиперкинезами, не следует обращать на него пристальное внимание.

- При разговоре не отвлекайтесь на непроизвольные движения вашего собеседника, потому что невольно можете пропустить что-то важное, и тогда вы оба окажетесь в неловком положении.

- Предлагайте помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.

- При гиперкинезах встречаются также затруднения в речи.

Вопросы для закрепления новой темы:

1. Какие общие требования к организации доступной среды при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата?

2. Какие особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата?

3. Что такое терапевтическая игра?

Задание на дом:

- Подготовить устный ответ по теме конспекта и материалу дополнительной литературы.

- В интернете найти и дополнить тему интересной информацией.

Тема: понятие, виды и порядок оказания инвалидам медицинских услуг. Основы правового регулирования оказания медицинских услуг инвалидам

Список основных источников

1. Гусов К.Н. Право социального обеспечения России: учебник / М.О. Буянова, К.Н. Гусов [и др.]; отв. ред. К.Н. Гусов. Москва: Проспект, 2018.

2. Епифанов А.В. Медико - социальная реабилитация пациентов с различной патологией. - ООО Издательская группа «ГЭОТАР- Медиа», 2018.

3. Епифанов В.А., Епифанов А.В., Баукина И.А., Галсанова Е.С., Глазкова И.И., Ачкасов Е.Е. Основы реабилитации. - ООО Издательская группа «ГЭОТАР- Медиа», 2017

4. Еремушкин М.А. Основы реабилитации. - ОИЦ «Академия», 2017.

- ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан» от 21.11.2017 г. № 323-ФЗ (с посл. изм. и доп.).

- Указ Президента РФ от 02.10.2017г. № 1157 (ред. от 01.07.2014) «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов».