

**ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНЗДРАВА РОССИИ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

учебной дисциплины

**ОП.09 ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ
ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

специальность

31.02.01. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

углубленная подготовка

очная форма обучения

Квалификация - фельдшер

2023

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Кисловодский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Разработчик: Агаджанян Анастасия Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

Теоретическое занятие №1. Порядок и условия установления инвалидности. Группы инвалидности.

Т.1.1.1. Понятие инвалидности.

Т.1.1.2. Группы инвалидности.

Т. 1.1.1. По оценкам ВОЗ 2017 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, подпадающих под определение инвалидности, но не знающих об этом или не оформивших соответствующий статус.

Исторически 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 неблагополучия 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.

Т. 1.1.2. 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 заболеваний;
 - 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 резко 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 объема 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 объема 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 «ребёнок-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 Вооружённых Сил СССР и Вооружённых 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.

Теоретическое занятие №2. Порядок прохождения инвалидами медико-социальной экспертизы

Т.1.2.1. Медико-социальная экспертиза.

Т.1.2.2. Порядок и условия признания гражданина инвалидом.

Т.1.2.3. Порядок и сроки переосвидетельствования.

Т.1.2.1. 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).

Т.1.2.2. 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.

Т.1.2.3. 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 заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма по перечню согласно приложению;

не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории "ребенок-инвалид") в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных 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.

Теоретическое занятие №3. Категории лиц с ограниченными возможностями здоровья по виду заболевания.

- Т.1.3.1. Лица с нарушениями слуха.
- Т.1.3.2. Лица с нарушениями зрения.
- Т.1.3.3. Лица с нарушениями речи.
- Т.1.3.4. Лица с нарушениями интеллекта.
- Т.1.3.5. Лица с задержкой психического развития.
- Т.1.3.6. Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
- Т.1.3.7. Лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы.
- Т.1.3.8. 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.

Т.1.3.1. 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.

Т.1.3.2. 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. Ослепшие — 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.

Т.1.3.3. 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 шум.

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.

Т.1.3.4. 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.

Т.1.3.5. 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.

Т.1.3.6. 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.

Т.1.3.7. 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 дефицитностью 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.

Т.1.3.8. 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.

Теоретическое занятие №4. Понятие, виды и порядок оказания инвалидам медицинских услуг. Основы правового регулирования оказания медицинских услуг инвалидам.

Т.2.4.1. Понятие медицинских услуг.

Т.2.4.2. Виды медицинских услуг, оказываемых инвалидам.

Т.2.4.3. Порядок оказания инвалидам медицинских услуг.

Т.2.4.4. Федеральные законы, регулирующие оказание медицинских услуг инвалидам.

Т.2.4.5. Подзаконные акты, регулирующие оказание медицинских услуг инвалидам.

Т.2.4.1. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинская услуга представляет собой совокупность необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг). Эти услуги направлены на удовлетворение объективных потребностей пациента (заказчика, потребителя услуг). При этом объективная необходимость должна соотноситься с субъективными устремлениями и дозволением пациента подвергнуться конкретному медицинскому вмешательству.

К основным характеристикам специфичности медицинской услуги, следует отнести следующие:

- предотвращение риска ущерба для здоровья ("вероятность не навредить": безопасность услуги - максимально возможное не нанесение ущерба при гарантированной и адекватной компенсации в случае ущерба);

- доверительность и информированное согласие потребителя медицинской услуги на медицинское вмешательство, сочетающееся с проблемами этики и деонтологии персонала (конфиденциальность и приватность информации);

- индивидуальность взаимодействия потребителя и производителя услуги: восприятие и врача и пациента как "заслуженных собеседников" (объективность подхода к проблемам пациента, психологическая совместимость);

- возмездность медицинской услуги (цена медицинской услуги, расчет трудозатрат, оплата труда исполнителей, амортизация оборудования и рентабельность).

В соответствии с отраслевым классификатором «простых медицинских услуг» медицинская помощь трактуется как комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственные обеспечения и т.д.) направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья. Таким образом, медицинская помощь является более обширной категорией, которая включает в себя все меры медицинского характера, в том числе оказание медицинских услуг, направленные на поддержание и восстановление здоровья населения. Это означает, что медицинская помощь наполняет медицинскую услугу содержанием, поскольку медицинская услуга является составляющей медицинской помощи и складывается из действий медицинского характера.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи инвалидам предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Т.2.4.2. Медицинские услуги, по отраслевому классификатору, могут быть простыми, сложными и комплексными.

Под **простой медицинской услугой** понимается элементарная, неделимая услуга, выполняемая по формуле «пациент» + «специалист» = «1 элемент профилактики, диагностики или лечения». Например, заведение истории болезни, проведение конкретного вида исследования (клинического, бактериологического, рентгенологического), лечебной или диагностической процедуры и т. д.

Сложная медицинская услуга – это набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т. д., отвечающий формуле «пациент» + «комплекс простых услуг» = «этап профилактики, диагностики или лечения». В стационаре – это законченный случай лечения, т. е. пролеченный больной, для амбулаторно-поликлинических учреждений – это законченный случай лечения; для службы скорой помощи – это выезд, проведенное лечение.

Комплексная медицинская услуга – это набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики, установление диагноза или окончания проведения определенного этапа лечения».

Рассмотрим некоторые виды медицинских услуг.

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

Диспансерный прием (осмотр, консультация) – производимые по определенному плану действия врача в порядке проведения профилактики, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемую у больного, находящегося под диспансерным наблюдением врача по поводу какого-либо хронического заболевания.

Профилактический прием (осмотр, консультация) – производимые по определенному плану действия врача в рамках проведения превентивных или иных профилактических мероприятий, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемых у пациента.

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

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

По характеру: профилактические, диагностические, лечебные, комбинированные, реабилитационные.

По сегментам структуры здравоохранения: санитарно-гигиенические, эпидемиологические, амбулаторные, поликлинические, стационарные.

По уровням медицинской помощи: доврачебная, врачебная, специализированная, узкоспециализированная.

По интенсивности во времени: скорая, неотложная, плановая.

По технологии: рутинные, высокотехнологические.

По конечному результату: адекватные, частично адекватные, не адекватные.

По соответствию правовым нормам: соответствующие функциям исполнителя, не соответствующие функциям исполнителя, халатные, ошибочные.

По условию оказания: на дому; в амбулаторно-поликлинических условиях; в процессе транспортировки, санитарная авиация; в круглосуточном и дневном стационаре; в условиях интенсивной терапии и реанимации; в условиях карантина.

Т.2.4.3. Оказание **медицинских услуг инвалидам** осуществляется в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи утверждаются Правительством РФ, как правило, ежегодно. В них определяются:

- виды и условия оказания медицинской помощи;
- нормативы объема медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- подушевые нормативы финансового обеспечения;
- порядок формирования и структура тарифов на медицинскую помощь;
- критерии качества и доступности медицинской помощи.

Органы государственной власти субъектов РФ на основании Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи утверждают собственные ежегодные территориальные программы.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации в соответствии с договорами на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

Для инвалидов создана специализированная сеть медицинских учреждений (см. приказ Минздрава РФ от 25 ноября 2003 г. № 567 «О совершенствовании медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства»), в том числе:

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 соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» инвалиды (в том числе инвалиды войны, дети-инвалиды) имеют право на дополнительную бесплатную медицинскую помощь, включаемую в состав набора социальных услуг, которые предоставляются отдельным категориям граждан согласно данному закону.

Дополнительная бесплатная медицинская помощь предусматривает:

1) обеспечение необходимыми:

лекарственными препаратами (средствами);

изделиями медицинского назначения;

специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

2) предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний.

На уровне субъектов РФ также утверждаются Перечни лекарственных препаратов (средств) и изделий медицинского назначения для обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

Для получения бесплатного лекарства инвалиду необходимо обратиться к своему лечащему врачу, который выпишет рецепт и назовет аптеку или аптечный пункт, в котором будут выданы необходимые лекарства в соответствии с рецептом.

Отпуск изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов (за исключением синонимической и аналоговой замены) осуществляется аптечными учреждениями в том же порядке, что установлен для отпуска лекарственных препаратов (средств).

Санаторно-курортное лечение инвалидов осуществляется путем предоставления санаторно-курортных путевок в санаторно-курортные организации, расположенные на территории Российской Федерации и включенные в соответствующий перечень, утверждаемый Минздравом. Инвалид не может самостоятельно выбрать санаторий, где желает пройти лечение.

Санаторно-курортная карта оформляется в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства (где ранее выдавалась медицинская справка для получения путевки).

Санаторно-курортную карту оформляет лечащий врач, выдавший справку для получения путевки. Он проводит дополнительное обследование инвалида и при соответствии профиля санатория, указанного в путевке, ранее данной рекомендации оформляет санаторно-курортную карту.

С учетом состояния здоровья инвалида и стандартов санаторно-курортного лечения врачом назначаются процедуры санаторно-курортного лечения.

Инвалиды войны вправе претендовать на внеочередное получение медицинской помощи по программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения.

Направление инвалидов войны для внеочередного получения медицинской помощи осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями по месту их жительства или работы, в том числе после выхода на пенсию.

4. Федеральный Закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (РФ) от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ (с изменениями)

Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ

"Об образовании в Российской Федерации"

Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ

"О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"

Федеральный закон от 17.07.1999г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи»

Федеральный закон от 01.12.2014 N 419-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов"

Федеральный закон от 15.12.2001 N 166-ФЗ (ред. от 18.07.2017)

"О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации"

5. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 10.08.2016) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"

Приказ Минтруда России от 17.12.2015 N 1024н (ред. от 05.07.2016) "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 N 40650)

Указ Президента РФ от 02.10.1992 N 1157 (ред. от 01.07.2014) "О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов"

Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2003 года № 17 "Об утверждении разъяснения «Об определении федеральными государственными учреждениями службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности».

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.04.2005 № 317 "О внесении изменений и дополнений в постановление министерства труда и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2003 г. № 17 «Об утверждении разъяснения об определении учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности»

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Приказ № 906н от 17 ноября 2009 г. «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». Приложение к приказу № 906н.

Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке оказания медицинской реабилитации»

Теоретическое занятие №5. Социально-медицинский процесс реабилитации инвалидов

- Т.3.5.1. Понятие, сущность и содержание медико-социальной реабилитации.
- Т. 3.5.2. Основные виды реабилитации инвалидов.
- Т. 3.5.3. Структура социально-реабилитационного процесса.
- Т. 3.5.4. Индивидуальная программа реабилитации.
- Т. 3.5.5. Виды реабилитационных мероприятий.
- Т. 3.5.6. Технические средства реабилитации и услуги, предоставляемые инвалиду.

Т. 3.5.1. Реабилитация инвалидов - это система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Целью реабилитации инвалидов является устранение или максимально полная компенсация ограничений жизнедеятельности.

Реабилитация инвалидов проводится в соответствии с реабилитационными программами - базовыми и индивидуальными. Программы определяют содержание, объем, сроки и уровень проводимых реабилитационных мероприятий.

Медицинская реабилитация - активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально - оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

При организации реабилитационных мероприятий в нашей стране руководствуются Приказом Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке оказания медицинской реабилитации».

Следующим нормативным актом, который следует учитывать является Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Т. 3.5.2. Существует несколько видов реабилитации - медицинская, социально-психологическая, педагогическая, социальная и профессиональная реабилитация. Кратко рассмотрим каждую из них.

Медицинская реабилитация больных направлена на полное или частичное восстановление здоровья, на замедление патологического процесса, предупреждение осложнений, обострений и рецидивов заболеваний. От эффективности решения

медицинских задач во многом зависит успех всех других методов реабилитационного воздействия.

Социально-психологическая реабилитация предусматривает адаптацию больных и инвалидов к социальному окружению, повышение самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию или физическому дефекту, повышение способностей к решению психологических проблем, налаживанию взаимоотношений с окружающими, в семьях, трудовых коллективах. Социально-психологическая помощь, эмоциональная поддержка должна присутствовать на всех этапах реабилитации инвалида.

Педагогическая реабилитация предусматривает проведение мероприятий обучающего, развивающего и воспитательного характера, которые направлены на то, чтобы инвалид приобрел социальный опыт, овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию и жизненному самообеспечению, социальными нормами поведения. К педагогическому аспекту реабилитации относятся коррекционная педагогика, образование детей и взрослых с дефектами, затрудняющими процесс обучения, организация образовательных курсов/школ для больных, инвалидов и их родственников.

Социальная реабилитация - это комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья или физического дефекта. Цель социальной реабилитации - ресоциализация с восстановлением социального статуса личности, способностей к бытовой, профессиональной и общественной деятельности, обеспечение социальной адаптации в условиях окружающей среды и обществе, достижение самостоятельности и материальной независимости.

Профессиональная реабилитация ставит цель приобретение новой профессии или восстановление профессиональной трудоспособности лиц, утративших ее в той или иной степени. Профессиональная реабилитация включает профессиональную ориентацию, профессиональное образование, трудовую адаптацию и трудовое устройство, или трудовую занятость.

Таким образом, лечение больного, предупреждение или уменьшение степени инвалидизации, обучение или переобучение, восстановление его психологического и социального статуса - звенья одной непрерывной цепи, называемой реабилитационным процессом, в котором особое место занимает социальная реабилитация.

Т. 3.5.3. Процесс реабилитации подразумевает включение трех этапов - реконвалесценции, адаптации (реадаптации) и ресоциализации.

Реконвалесценция - это этап выздоровления с восстановлением нарушенных биологических и психологических функций организма.

Адаптация рассматривается как приспособление организма к условиям существования. Причем адаптация может происходить в виде пассивного приспособления

потребностей личности к реальным обстоятельствам существующей обстановки или носить активный характер в виде изменения среды в свою пользу либо как целенаправленное взаимодействие личности и среды, приводящее к адаптационному эффекту.

Реадаптация понимается как приспособление к условиям жизни на новом функциональном уровне с использованием резервных, компенсаторных способностей. Это этап приспособления к быту, труду, обучению и другим различным средам обитания.

Ресоциализация рассматривается как этап восстановления разрушенных взаимоотношений индивида с макро - и микросредой. Это заключительный этап, который определяет эффективность всего предшествующего периода реабилитации и позволяет достичь интеграции в общество. Интеграция рассматривается как процесс включения индивида в различные типы социальных групп и социальных структур, во все сферы жизнедеятельности общества - от бытовой до политической.

Таким образом, различные формы реабилитации соответствуют трем классам последствий болезни (разработанными ВОЗ), которые проявляются одновременно или последовательно на трех взаимосвязанных уровнях:

органном, или биологическом, что выражается в отклонениях от нормального морфофункционального статуса и вызывает нарушения органов и систем;

организменном, вызывая ограничения способности к передвижению, общению, способности владеть телом или адекватно себя вести, что приводит к снижению работоспособности и самообслуживания;

социальном, вызывая социальную недостаточность, нарушение связей с семьей и обществом.

В соответствии с этой концепцией последствий болезни просматриваются три точки приложения мер и три задачи реабилитации - функциональное, социально-бытовое и социальное, в том числе профессиональное, восстановление инвалидов.

Таким образом, в начале происходит медицинская реабилитация больного: используются все возможности современной медицины для восстановления до удовлетворительного уровня нарушенных функций, стимулируются восстановительные и компенсаторные процессы, формируются и развиваются возможности приспособления больного к новым условиям существования, ему оказывается медицинская помощь в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом специфики нарушений.

Проведение медицинской реабилитации в детских возрастных группах невозможно без одновременного применения педагогических методов воздействия.

Реабилитационные мероприятия начинаются с первых дней заболевания и проводятся непрерывно при этапном построении программы. Они должны быть комплексными, разносторонними, но однонаправленными.

Т. 3.5.4. Право на профессиональную реабилитацию лиц с ограниченной трудоспособностью закреплено в Конституции Российской Федерации, а также в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В соответствии с этим законом предусмотрены федеральная базовая программа реабилитации и индивидуальная программа реабилитации лиц с ограниченной трудоспособностью (инвалидов). Содержание федеральной базовой программы реабилитации и порядок ее выполнения определяются Правительством Российской Федерации.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Это означает, что в индивидуальную программу реабилитации должны быть включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги, необходимые инвалиду для ведения полноценной независимой жизни.

В соответствии с Законом “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” (ст. 11) ИПР “является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности”. Это значит, что государственные организации и учреждения, статус которых позволяет способствовать реализации ИПР, не имеют права отказаться от её исполнения. Однако для самого инвалида в соответствии со ст. 11 указанного Закона ИПР имеет рекомендательный характер: человек может отказаться как от всей программы, так и от ее отдельных частей.

Такие программы разрабатываются специалистами бюро медико-социальной экспертизы после всестороннего обследования человека. В составлении программы желательно участие медиков, психологов, педагогов, социальных работников, представителей службы занятости.

Предварительно учреждение медико-социальной экспертизы, проводя обследование, определяет группу инвалидности, в соответствии с которой строится индивидуальная реабилитационная программа.

С 2005 года на всей территории РФ действует единая форма ИПР, которая была утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 29 ноября 2004 г. N 287.

Карта ИПР подразделяется на несколько частей. Начинается она с подробных индивидуальных сведений об инвалиде. Этот раздел, помимо анкетных данных, включает в себя сведения: 1. об образовательном уровне (общем и профессиональном); 2. о профессиях и специальностях, квалификации и выполняемой к моменту

освидетельствования работе (если таковая есть или была); 3. о группе инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности. На основании объективных данных делается экспертное заключение и формируется реабилитационная программа. Карта ИПР включает следующие разделы: 1. медицинская реабилитация 2. социальная реабилитация 3. профессиональная реабилитация. 4. Психолого-педагогическая реабилитация (для детей до 18 лет). Медицинская реабилитация инвалидов осуществляется с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функций организма человека. Медицинская реабилитация включает: 1. Восстановительную терапию. 2. Реконструктивную хирургию. 3. Протезирование и ортезирование. 4. Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации. 5. Санаторно-курортное лечение неработающих инвалидов. В разделе “социальная реабилитация” предусмотрены: 1. информирование и консультирование по вопросам реабилитации, 2. оказание юридической помощи, 3. социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалида, 4. адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности, 5. технические средства реабилитации для бытовой и общественной деятельности, 6. психологическая реабилитация, 7. социокультурная реабилитация, 8. реабилитация средствами физической культуры и спорта. Профессиональная реабилитация инвалида - это процесс и система восстановления конкурентоспособности инвалида на рынке труда. Программа профессиональной реабилитации включает в себя следующие мероприятия и услуги: 1. рекомендации о противопоказаниях и доступных условиях и видах труда, 2. Профессиональная ориентация. 3. Профессиональное обучение (переобучение), 4. содействие в трудоустройстве, 5. технические средства реабилитации для профессионального обучения (переобучения) или труда. Программа психолого-педагогической реабилитации для детей до 18 лет включает следующие мероприятия: 1. получение дошкольного воспитания и обучения, 2. получение общего образования, 3. психолого-педагогическая коррекционная работа, 4. технические средства реабилитации для обучения.

Итак, карта ИПР включает несколько разделов. Самыми важными являются разделы, включающие реабилитационные мероприятия по медицинской, социальной профессиональной и психолого-педагогической реабилитации. Каждый раздел состоит из двух частей. В первой намечаются мероприятия, услуги и технические средства, необходимые инвалиду для реабилитации. Вторая часть содержит сведения об исполнителях, формах реабилитации, о сроках выполнения программы и результатах проведенной реабилитации (либо причинах невыполнения программы).

Т. 3.5.5. Медицинская реабилитация – это комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности: восстановительное и санаторно – курортное лечение; профилактика осложнений; реконструктивная хирургия; физиотерапия; лечебная физкультура; грязелечение; психотерапия; протезирование и ортезирование.

Государство гарантирует инвалидам обеспечение в полном объеме всех видов медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение. Все это осуществляется бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Реконструктивная хирургия в последние годы стала одним из важнейших методов медицинской реабилитации. Она позволяет путем сложных хирургических операций восстанавливать структуру и функции органов, предотвращая или уменьшая последствия врожденных или приобретенных дефектов, снижая тем самым ограничения жизнедеятельности. Однако в данное время реконструктивная хирургия недостаточно развита в России.

Протезирование направлено на выполнение утраченных или врожденно отсутствующих органов и их функций с помощью искусственных аналогов. В процессе протезирования можно выделить несколько этапов: изготовление протезного изделия, подбор и адаптация изделия к индивидуальным особенностям инвалида, обучение пользованию протезом. Протезирование конечностей осуществляется инвалидам бесплатно, обеспечение ортопедической обувью – в зависимости от группы инвалидности инвалида и сложности изделия – бесплатно или со скидкой.

Ортезирование представляет собой компенсацию частично или полностью утраченных функций опорно – двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств, которые обеспечивают выполнение этих функций.

Санаторно – курортное лечение в последние годы стало доступным и пользуется большой популярностью у лиц пожилого возраста с ограниченными возможностями. В санаторно – курортном лечении применяются природные факторы: минеральные воды, грязелечение, души, бани.

Восстановительная (трудовая) терапия также является одним из методов медицинской реабилитации, как для лиц молодого возраста, так и для лиц пожилого возраста с ограниченными возможностями. Ее цель: восстановление и развитие нарушенных функций, формирование и восстановление навыков по самообслуживанию, ведению домашнего хозяйства, рукоделию, трудовых операций. Выделяют ряд требований к трудовой терапии:

- обеспечение многообразия трудового производства
- постепенное усложнение (от простого - к сложному)
- поддержание интереса к труду
- психологический комфорт
- наблюдение лечащим врачом и трудинструктором
- необходимо учитывать клинико – физические и социальные критерии инвалида.

Существуют два вида трудовой терапии: индивидуальные и групповые.

Ведущая роль в медицинской реабилитации принадлежит реабилитации средствами физической культуры. Это система мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию физических возможностей, интеллектуальных способностей, повышение функционального состояния организма, улучшение физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами адаптивной физкультуры в элементах спорта и спортивной подготовки.

Адаптивная физическая культура предназначена для людей со стойкими нарушениями функций из – за заболеваний, травм или врожденных дефектов. Направлена на стимуляцию позитивных реакций организма, формирует необходимые двигательные умения и навыки физических качеств и возможностей.

Средства физической реабилитации – физические упражнения. Они дают положительный эффект, когда подобраны с учетом индивидуальных возможностей индивида.

При данном методе медицинской реабилитации полезна ЛФК – лечебно – физическая культура, которая изучает основы и методы использования средств физической культуры для лечения, реабилитации и профилактики различных заболеваний.

В медицинской реабилитации широко используются физические факторы: физиотерапия, ультразвуковая терапия и лечебный массаж, аэрозольтерапия, душ, бани, климотерапия, минеральные воды, лечебные грязи.

Т. 3.5.6. Государство должно обеспечивать инвалидам технические средства реабилитации, создавать необходимые условия для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инфраструктуры, условия пользования средствами транспорта, связи и информации. Инвалиды в доступной для них форме и члены их семей должны в полной мере обеспечиваться информацией по вопросам реабилитации инвалидов.

Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года N 2347-р. Этот Перечень включает в себя:

- Ø реабилитационные мероприятия;
- Ø технические средства реабилитации;
- Ø услуги.

В соответствии с утвержденным Перечнем к реабилитационным мероприятиям относятся следующие:

- Ø восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);

Ø реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);

Ø санаторно-курортное лечение;

Ø протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов;

Ø обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Техническими средствами реабилитации являются:

Ø трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни;

Ø кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные;

Ø протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы;

Ø ортопедическая обувь;

Ø противопролежневые матрацы и подушки;

Ø приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов;

Ø специальная одежда;

Ø специальные устройства для чтения "говорящих книг", для оптической коррекции слабовидения;

Ø собаки-проводники с комплектом снаряжения;

Ø медицинские термометры и тонометры с речевым выходом;

Ø сигнализаторы звука световые и вибрационные;

Ø слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления;

Ø телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами;

Ø телефонные устройства с текстовым выходом;

Ø голосообразующие аппараты;

Ø специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники);

Ø абсорбирующее белье, памперсы;

Ø кресла-стулья с санитарным оснащением.

К реабилитационным услугам относятся:

Ø ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия;

Ø содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации);

Ø предоставление услуг по сурдопереводу.

Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, может быть дополнен или изменен только Правительством РФ путем издания соответствующего распоряжения.

Отдельные мероприятия, технические средства и услуги, которые, по мнению специалистов учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ), необходимы конкретному гражданину, указываются в индивидуальной программе реабилитации инвалида. После этого инвалид вправе требовать бесплатного предоставления ему указанных мероприятий, средств и услуг.

Инвалиды имеют право на бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями. Если они не могут быть предоставлены инвалиду либо он сам их оплатил, то ему полагается компенсация. Ее величина ограничена стоимостью средств (изделий), предоставляемых бесплатно за счет федерального бюджета.

Теоретическое занятие №6. Организация доступной среды для инвалидов.

Т.3.5.1. Основные направления организации доступной среды жизнедеятельности инвалидов в России.

Т.3.5.2. Цели и задачи ФЦП «Доступная среда».

Т.3.5.3. Реализация основных задач ФЦП «Доступная среда».

Т.3.5.1. Создание доступной для инвалидов среды жизнедеятельности является составной частью социальной политики любого государства, практические результаты которой призваны обеспечить инвалидам равные с другими гражданами возможности во всех сферах жизни. Международные договоренности и национальные законодательства диктуют необходимость создания условий, при которых возможно наиболее полное развитие способностей своих граждан имеющих инвалидность и их максимальная интеграция в общество.

Практически все разработанные в это время нормы касались вопросов проектирования и оборудования зданий, предназначенных для проживания инвалидов. В настоящее время они охватывают все объекты градостроительного, архитектурного и ландшафтного проектирования и учитывают требования не только инвалидов-колясочников, но и всех категорий физически ослабленных лиц.

В настоящее время доступность среды для инвалидов в Российской Федерации находится на низком уровне. Практика отечественного градостроительства, проектирования и строительства объектов жилищно-гражданского и производственного назначения, организации транспортного и информационного обслуживания до недавнего времени не учитывала специфических потребностей инвалидов и в большей степени была направлена на создание доступной среды жизнедеятельности в системе учреждений стационарного специализированного социального обслуживания. То есть, развивалась как единственная и традиционная форма, характеризующаяся созданием комфортных условий для инвалидов в домах-интернатах, детских домах, специальных жилых домах для инвалидов. Формируемая в последнее время государственная система мер в области градостроительства и производства вспомогательных технических средств, общественного пассажирского и индивидуального транспорта, связи и информатики направлена на постепенное создание доступной среды жизнедеятельности инвалидов.

Важным направлением в рамках социальной интеграции сегодня выступает создание доступной среды жизнедеятельности инвалидов. Это направление стало предметом многих федеральных и региональных программ, целью которых выступает планирование мероприятий, обеспечивающих инвалидам равные со всеми права и возможности в пользовании жилыми, общественными зданиями, услугами социально-бытовых и культурных учреждений, в образовании и трудоустройстве. Для инвалидов с различными нарушениями, особое значение имеет организация среды жизнедеятельности. В соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» формирование доступной среды является обязанностью федеральных, региональных и местных органов власти. Законодательство РФ обязывает власти формировать и реализовывать адресные районные и городские программы по обеспечению доступности объектов городской инфраструктуры. Решения вопросов формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности на законодательном уровне отнесено к полномочиям федеральных органов власти РФ. Региональные органы исполнительной власти имеют право принимать адресные целевые программы по созданию «доступной среды» в своих субъектах.

Важную роль в обеспечении доступной среды жизнедеятельности инвалидов играют общественные организации инвалидов. Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» общественные объединения инвалидов имеют право на объективную, достоверную и полную информацию о степени

доступности объектов инфраструктур города и области для пользования инвалидами и обо всех мероприятиях, изменяющих степень доступности.

Общественные организации инвалидов подразделяются: всероссийские объединения, региональные (областные, краевые, республиканские) и местные (районные, городские), а также некоторое количество межрегиональных объединений. В основе взаимодействия общественного объединения с государственным управлением лежит сотрудничество (или оппозиция) с органом соответствующего уровня. Общественные объединения инвалидов, имеющие региональное поле деятельности воздействуют на региональные правительства и структуры, с которыми они пытаются действовать на равных позициях. Большое количество общественных объединений работает в местном масштабе, так что объектами их влияния и партнерами в сотрудничестве оказываются районные администрации, органы местного самоуправления и т.д. Их основное назначение - донести главное до государственных структур. Также, общественные объединения и организации инвалидов, вправе выдвигать по одному кандидату от каждой организации, на основе заявительного принципа, для формирования из их числа общественного совета по обеспечению доступной для инвалидов среды жизнедеятельности, обращаться в органы исполнительной власти города, с предложениями по улучшению доступности объектов инфраструктур города для пользования инвалидами. Общественные движения инвалидов и общественные объединения инвалидов способны максимально учесть индивидуальные потребности и возможности отдельного человека с инвалидностью. Это означает, что общественные организации инвалидов должны быть связывающим звеном между законодателями и инвалидами. Однако в России они нуждаются в научно-методологической поддержке, при которой общественные объединения становятся инструментом согласования интересов инвалидов с интересами других граждан на всех уровнях системной организации общества.

Согласно распорядительным документам, учитывать потребности людей с ограниченными физическими возможностями обязаны не только федеральные и городские власти, но и коммерческие структуры. Так, например, арендатор обязан обеспечить доступность своего объекта. Нарушители, согласно российскому законодательству, должны нести административное наказание. Ответственность и необходимость сотрудничества по формированию доступной среды определены в законодательных актах: ФЗ «О социальной защите инвалидов РФ», «Градостроительного Кодекса РФ», «Кодекса РФ об административной ответственности». Несмотря на это, в России по-прежнему незначительное количество зданий, улиц и транспортных средств приспособлено для людей с инвалидностью.

Существует множество инфраструктурных, физических, правовых, коммуникационных и других барьеров, препятствующих полной реализации прав инвалидов. В России социальная среда в большинстве своем не приспособлена для инвалидов. Инвалиды-колясочники без посторонней помощи не могут выйти из собственного дома, преодолеть не оборудованный подъемником лестничный пролет, перейти через дорогу, зайти в магазин. То есть, несмотря на зафиксированные меры ряд из них не находит своего практического воплощения. Например, многие объекты социальной инфраструктуры не оснащены необходимыми техническими средствами, либо не приспособлены для беспрепятственного доступа в них данной категории граждан.

В России сформированы основы реабилитационной индустрии, объединяющей более 200 предприятий - производителей технических средств для реабилитации инвалидов. Разработано более 150 новых технических средств протезирования, вспомогательных устройств, новых средств для передвижения инвалидов. Появились аппараты, дающие возможность слепым ориентироваться в пространстве, а глухим - «слышать». Внедрен в производство не имеющий аналогов синтезатор речи для инвалидов с поражением слуха и речи. Выпускаются модернизированная модель кресла -

коляски с изменяемыми характеристиками ходовой части, а также усовершенствованные модели тростей и костылей.

Транспорт, связь, образование, трудоустройство, культурная жизнь, отдых - все сферы должны быть доступны людям с ограниченными возможностями. Каждое из этих направлений находится в ведении разных министерств и ведомств. Это обуславливает необходимость целенаправленных усилий и четкого взаимодействия всех участников процесса обустройства среды жизнедеятельности инвалидов, адекватного нормативно-правового, организационного, финансового, обеспечения.

На муниципальном уровне создаются различные учреждения в структуре местных администраций - отделы, комитеты, департаменты. Согласно Постановлению Правительства РФ «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры» реальные рычаги в сфере создания условий и надлежащего контроля за строительством находятся в компетенции городских властей.

Основной задачей работы с инвалидами является объединение усилий как государственных органов, так и общественных и частных инициатив, групп самопомощи для наиболее полного удовлетворения потребностей данной категории населения и самореализации лиц с ограниченными возможностями.

Т.3.5.2. Федеральную целевую программу «Доступная среда» (ФЦП) впервые утвердили распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 года. В основу ее разработки была положена конвенция о правах инвалидов от 13.12.2006.

Внедрение в практику заявленных мероприятий и приоритетов показало, что достичь целей в краткие сроки не получится. К усовершенствованию программы, корректировке ее текста Правительство РФ возвращалось еще дважды.

Были изданы документы, продляющие действие программы, а также корректирующие и конкретизирующие задачи исполнителей: Распоряжение от 21.07.2014 № 1365; Постановление от 01.12.2015 № 1297.

Указанные правительственные акты регулируют деятельность органов местного и федерального уровня по созданию доступной среды для инвалидов.

В регионах создаются собственные программы, имеющие ту же цель. Их финансирование происходит из бюджета субъекта федерации.

Этапы программы

Так как мероприятия реализуются уже довольно длительное время, то некоторые этапы считаются выполненными, другие либо действуют сейчас, либо ждут своей очереди.

Всего программу принято разделять на четыре шага:

2011-2012 годы. В этот период создавалась нормативно-правовая база, которая ныне предоставляет возможности для:

реализации мероприятий;

инвестирования средств в конкретные объекты.

2013-2015 годы. Создание материальной базы за счет федеральных средств.

А именно:

строительство, реконструкция центров реабилитации;

их оснащение необходимыми техническими средствами;

приобретение специального оборудования для учреждений:

здравоохранения;

образования.

2016-2018 годы. Реализация основных задач программы. Контроль за внедрением заявленных целей и приоритетов. Корректировка взаимодействия:

федеральных и региональных ведомств;

организаций — исполнителей и органов власти.

2019-2020 годы:

Проведение мониторинга эффективности проделанной работы.

Подведение итогов.

Анализ результатов.

Выработка решений по поводу дальнейшей деятельности в сфере создания условий для нормальной жизни граждан с ограниченными возможностями.

Ответственным исполнителем программы заявлено Министерство труда РФ. На это ведомство возложена задача по координации деятельности иных многочисленных исполнителей мероприятий. К примеру: Министерства связи РФ; Министерство образования и науки РФ; Пенсионного фонда; Фонда соцстрахования и других.

Цели и задачи ФЦП «Доступная среда»

Мероприятия задумывались с тем, чтобы:

граждане с ограниченными возможностями ощущали себя полноценными членами общества; остальные люди воспринимали их таковыми.

То есть ФЦП имеет два направления воздействия, сводящиеся к одному: преодолению разделения населения по критериям физических возможностей.

Заявленные цели

Цели мероприятий правительство видит в следующем:

Основная

Создание законодательных условий для того чтобы повысить уровень и качество жизни людей с ограничениями: в социальной сфере; на основании самостоятельной экономической активности.

Дополнительные:

Увеличение количества инфраструктурных объектов для граждан с физическими отклонениями, в том числе: реабилитационной направленности; лечебных и оздоровительных; образовательных.

Выявление и анализ мнений граждан по вопросам взаимодействия с инвалидами в процессе жизнедеятельности.

Увеличение количества социальных объектов, деятельность которых направлена на улучшение жизни таких граждан, в том числе детей с ограниченными возможностями, в муниципалитетах.

Работа по подготовке кадровой базы специалистов по работе с инвалидами: обучение; стимулирование к профессиональной деятельности; повышение квалификации.

Привлечение граждан с физическими ограничениями к взаимодействию с государственными органами.

Трудоустройство граждан из числа лиц с физическими отклонениями.

Обеспечение медучреждений специализированным оборудованием для обслуживания пациентов с ограниченными возможностями.

Без поддержки населения эффективность программы окажется низкой. Необходима работа всего общества над реализацией госпрограммы.

Задачи ФЦП

Разработчики мероприятий поставили перед властными структурами и обществом такие задачи:

Сделать доступ к объектам сферы обслуживания одинаковым для всех граждан, в том числе и с ограниченными возможностями.

Создать условия для бесплатного медицинского обслуживания инвалидов равный с остальным населением.

Обеспечение рабочими местами граждан с ограничениями по здоровью, в том числе путем: их обучения; переквалификации и повышения профессионального уровня; создания специальных условий на производстве (или специализированных предприятий).

Повышение уровня объективности медицинской экспертизы.

Вопросы финансирования ФЦП

В области выделения средств программа основана на принципах софинансирования. То есть деньги выделяются из федерального и местных бюджетов. В настоящее время действует следующее правило вливания средств из центра:

Субъекты, с долей дотаций из федерального бюджета в последние три года на уровне 40% и ниже, получают на реализацию мероприятий ФЦП не более 95%; к ним относятся: Республика Крым и г. Севастополь.

Другие — не больше 70%.

В 2017 году на финансирование мероприятий была запланирована сумма в размере 52 919 205,8 тыс. руб. Для сравнения: ранее выделялось 47 935 211,5 тыс. руб.

Подпрограммы «Доступной среды»

Сложные задачи необходимо делить на сегменты, чтобы конкретизировать и детализировать их реализацию.

Для этого в ФЦП выделены следующие подпрограммы:

Усовершенствование предоставления гражданам с ограничениями по здоровью государственных услуг. В том числе: создание им свободного доступа в здания органов власти; повышение качества обслуживания; выявление проблем таких людей, которые в состоянии решить государство и местные власти.

Повышение уровня адаптации и абилитации. А именно: развитие производства предметов и оборудования для них; внедрение соответствующих законов.

Совершенствование медицинского обслуживания граждан с ограниченными возможностями: выработка объективных критериев медэкспертизы; контроль за своевременностью предоставления им помощи.

К 2016 году доля объектов, доступных для инвалидов, увеличилась до 45% (для сравнения показатель 2010 г. — 12%).

Для достижения поставленных целей разработаны и внедряются следующие мероприятия:

Подпрограмма № 1:

Создание и внедрение архитектурных проектов общественных зданий с учетом нужд граждан с ограничениями по здоровью. Например, школы, кинотеатры, торговые центры.

Обеспечение улиц городов специальными наглядными пособиями: картами; баннерами; указателями.

Проведение культурных и массовых мероприятий с привлечением инвалидов и стимулированием их активности.

Строительство нового жилья под потребности лиц с ограничениями.

Подпрограмма № 2:

Создание и внедрение национальных шаблонов, направленных на нормальное восприятие в обществе физических ограничений некоторых его членов. Например, проведение специальных уроков в школах.

Стимулирование предпринимателей с целью трудоустройства инвалидов.

Организация мероприятий для детей-инвалидов с целью их адаптации в общественную среду.

Подпрограмма № 3:

Создание и внедрение единой модели для взаимодействия медучреждений.

Формирование профессиональной кадровой базы для обслуживания лиц с ограничениями.

Совершенствование критериев медицинской экспертизы.

Создание единой электронной базы для медучреждений.

Т.3.5.3. Промежуточные итоги реализации ФЦП «Доступная среда»

Реализация такой сложной задачи, как доведение качества жизни инвалидов до уровня здорового гражданина, является трудоемким процессом. Иной раз кажется, что полностью добиться заявленной цели не получится. Однако действительность показывает сдвиги в общественном сознании в нужном направлении.

Нормально функционируют предприятия, где трудятся инвалиды.

В стране увеличилось количество центров реабилитации.

В массовых мероприятиях люди с ограниченными возможностями принимают участие все активнее. Перестают стесняться увечий.

На улицах больших и малых городов появились светофоры со звуковыми сигналами, таблички и указатели для инвалидов по зрению.

Работают телеканалы с сурдопереводом.

Платформы столичного метрополитена устроены с тем, чтобы в вагон могли спокойно заезжать колясочники.

Звуковое оповещение об остановках внедряется на общественном транспорте.

Другие федеральные программы тоже включают в себя элементы улучшения жизни инвалидов, профилактики появления на свет малышей с ограниченными возможностями. То есть правительство осуществляет комплексный подход к решению заявленных задач.

Важно: в октябре 2017 года российским Правительством был сделан еще один шаг на пути реализации указанных программ. В частности, контроль и надзор за обеспечением доступности для лиц с инвалидностью объектов социальной инфраструктуры (средств связи) передан Роскомнадзору.

В Российской Федерации инвалидность имеет порядка 1,5 миллиона детей. Часть из них обучается в специализированных образовательных учреждениях (90%). А это, в свою очередь, создает преграды для их социальной адаптации.

Дети лишены возможности общаться со здоровыми сверстниками, что затрудняет нормальное восприятие их проблем подрастающим поколением без отклонений. Однако попытки организовать совместное обучение положительных результатов не показали.

В регионах развивают иные виды поддержки детей-инвалидов:

В Тамбове реализуется местная программа по созданию безбарьерного образования. В нее включено порядка 30 школ, в которых проводится инклюзивное обучение.

В некоторых регионах за счет местных бюджетов: постоянно приобретается и направляется в школы специализированное оборудование; проводится реконструкция зданий с тем, чтобы облегчить их использование детьми с ограниченными возможностями.

Централизованно организована подготовка кадров для работы с такими гражданами в области: логопедии; олигофренопедагогике; сурдопедагогике и других.

Дети страдают от осознания своей неполноценности больше, чем взрослые. Одна ободряющая улыбка или слово незнакомого человека значит для такого ребенка намного больше, чем вся активная деятельность чиновников.

Промежуточные успехи регионов

На уровне субъектов федерации тоже идет работа по созданию для людей с ограничениями достойных условий.

Например:

В некоторых районах столицы строятся здания, адаптированные для жизни инвалидов-колясочников. Дома снабжены широкими подъемниками, нестандартными дверными проемами. Туалеты и ванные комнаты в квартирах обстроены специализированными приспособлениями, позволяющими инвалидам самостоятельно пользоваться удобствами.

В Улан-Удэ спроектирован целый жилой квартал для людей с ограниченными возможностями. Он включает: жилые здания; спортивные сооружения; магазины и поликлинику; производственные предприятия.

Каждое из зданий адаптировано для удовлетворения нужд инвалидов.

Изменения в 2018 году

Внесены изменения в подпрограмму о совершенствовании критериев качества МСЭ: дополнена возможностью проведения независимой оценки качества услуг, оказываемых федеральными учреждениями МСЭ. Также изменился порядок субсидирования региональных бюджетов в рамках данной программы и формула расчетов выделяемых субсидий.

Работа по социальной адаптации инвалидов продолжается. Нельзя сказать, что она близка к завершению. Сделать еще предстоит очень много. И не только правительству и ведомствам. От самих граждан как здоровых, так и ограниченных в возможностях тоже многое зависит.

В настоящее время планируется продление программы «Доступная среда» до 2025 г. с одновременным наращиванием интенсивности ее внедрения.

Теоретическое занятие №7. Организация оказания инвалидам первичной медико-санитарной и скорой помощи.

Т. 4.7.1. Общее понятие и принципы ПМСП

Т.4.7.2. Организация оказания инвалидам ПМСП

Т.4.7.3. Понятие скорой медицинской помощи

Т.4.7.4. Организация оказания скорой помощи инвалидам

Т. 4.7.1. 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.

Т.4.7.2. 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 подразделении 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, поло-возрастного 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 субботные, 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.

Т.4.7.3. Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Характерными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощь от других видов медицинской помощи, являются:

безотлагательный характер её предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный — при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь);

безотказный характер её предоставления;

бесплатный порядок оказания СМП;

диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени;

выраженная социальная значимость.

Условия оказания скорой медицинской помощи:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное наблюдение и лечение).

В частности, станции (отделения) скорой медицинской помощи осуществляют:

Круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, в том числе при катастрофах и стихийных бедствиях.

Осуществление своевременной транспортировки (а также перевозки по заявке медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи.

Оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, в кабинете для приема амбулаторных больных.

Извещение муниципальных органов управления здравоохранением обо всех чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях в зоне обслуживания станции скорой медицинской помощи.

Обеспечение равномерного комплектования выездных бригад скорой медицинской помощи медицинским персоналом по всем сменам и полное обеспечение их согласно примерному перечню оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи.

Наряду с этим служба скорой медицинской помощи может осуществлять транспортировку донорской крови и её компонентов, а также транспортировку узких специалистов для проведения экстренных консультаций.

Служба скорой медицинской помощи проводит научно-практическую (в России действует ряд научно-исследовательских института скорой и неотложной медицинской помощи), методическую и санитарно-просветительскую работу.

Формы территориальной организации

Центральная городская (районная или единая региональная (краевая/областная) — в некоторых регионах России) станция с районными (межмуниципальными) подстанциями скорой медицинской помощи в своём составе.

Отделение скорой медицинской помощи, в т.ч. как структурное подразделение центральной подстанции скорой помощи и/или региональной (республики в составе РФ, краевой или областной) либо центральной городской (районной) больницы

Больница скорой медицинской помощи — как самостоятельная структура, так и структурное подразделение Центральной городской (региональной) станции скорой медицинской помощи

Отделение экстренной медицинской помощи — на базе региональных, районных и городских больниц.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Т.4.7.4. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь оказывается инвалидам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения такая помощь оказывается инвалидам бесплатно. Скорая медицинская помощь оказывается инвалидам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, т. е. транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья.

Перемещение инвалидов-колясочников обычно осуществляется аккуратно и бережно, учитывая все особенности заболевания человека, которого перевозят.

Сложным процессом является завоз, подъем в транспорт и спуск из него. Прикрепление и правильное размещение коляски в транспорте — требует особых навыков и спецподготовки.

Перемещение престарелых инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья — процесс не из легких, который требует специального профессионального

обучения и подготовки. Это своего рода стресс, в результате которого, может ухудшиться состояние здоровья лица.

Крайне важно проинформировать инвалида о предстоящей его транспортировке, объяснить всю важность мероприятия, стабилизировать общее состояние человека, измерить артериальное давление и принять все необходимые меры для комфортной и безопасной перевозки.

Теоретическое занятие №8. Организация оказания инвалидам специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Т. 4.8.1. Понятие специализированной медицинской помощи, оказываемой инвалидам

Т.4.8.2. Порядок направления граждан в федеральные государственные учреждения здравоохранения

Т.4.8.3. Оказание инвалидам высокотехнологичной медицинской помощи.

Т.4.8.4. Показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи инвалидам.

Т.4.8.5. Порядок получения квот на ВМП.

Т. 4.8.1. 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.

Т.4.8.2. 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 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.

Т.4.8.3. 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 геномной 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.

Т.4.8.4. 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.

Т.4.8.4. 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.

Теоретическое занятие №9. Организация оказания инвалидам паллиативной медицинской помощи.

Т. 4.9.1. Понятие и общие принципы оказания инвалидам паллиативной помощи.

Т. 4.9.2. Особенности оказания паллиативной помощи инвалидам с различными заболеваниями.

Т. 4.9.3. Организация оказания инвалидам паллиативной помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Т.4.9.1. 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.

Т. 4.9.2. 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 боли 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.

Т. 4.9.3. Амбулаторное лечение. Организация оказания паллиативной медицинской помощи включает амбулаторное и стационарное лечение. При амбулаторном люди 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 неоценимо 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.

Теоретическое занятие №10. Особенности организации оказания медицинских услуг детям инвалидам

Т.5.10.1. Система оказания медицинской и социальной помощи детям – инвалидам.

Т.5.10.2. Особенности организации оказания медицинских услуг детям инвалидам.

Т.5.10.1. 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 содержат 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.

Т.5.10.2. 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 испытывают 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 создании благоприятной психологической обстановки в лечебном учреждении, напоминающей ребенку инвалиду домашнюю обстановку (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 возратить 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, инвентарий, 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.

Теоретическое занятие №11. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха и с нарушениями речи.

Т.5.11.1. Общие требования к организации доступной среды при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха.

Т.5.11.2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями слуха.

Т.5.11.3. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями речи.

1. Т.5.11.1. 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.

Т.5.11.2. 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, помашите 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.

Т.5.11.3. 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.

1. Не перебивайте и не поправляйте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль.

2. 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.

3. Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт. Отдайте этой беседе все ваше внимание.

4. Не думайте, что затруднения в речи — показатель низкого уровня интеллекта человека.

5. Если человека с затрудненной речью сопровождает другой человек, не адресуйте ваши вопросы, комментарии или просьбы компаньону.

6. Старайтесь задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

7. Не притворяйтесь, если вы не поняли, что вам сказали. Повторите то, как вы поняли, и реакция собеседника вам поможет.
8. Не забывайте, что человеку с нарушенной речью тоже нужно высказаться. Не перебивайте и не подавляйте его. Не торопите говорящего.
9. Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять вас.
10. Не трогайте чужие голосовыми приспособлениями, поскольку они — личная принадлежность человека.
11. Если у вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли ваш собеседник использовать другой способ — написать, напечатать.

Теоретическое занятие №12. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями зрения и с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Т.5.12.1. Общие требования к организации доступной среды при оказании медицинских услуг инвалидам с нарушениями зрения и с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Т. 5.12.2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями зрения.

Т. 5.12.3. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Т.5.12.1. 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.

Т. 5.12.2. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам с нарушениями зрения

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

- Предлагаая свою помощь, направляйте человека, не стискивайте его руку, идите так, как вы обычно ходите. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.

- Не обижайтесь, если вашу помощь отклонили.

- Опишите коротко, где вы находитесь. Например: «В центре зала, примерно в шести шагах от вас, стоит стол». Или: «Слева от двери, как заходишь, столик». Предупреждайте о препятствиях: ступенях, ямах, низких притолах, трубах и т. п. Обратите внимание на наличие бьющихся предметов.

- Используйте, если это уместно, фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Учтите, однако, что не всем это нравится. Делитесь увиденным.

- Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как с обычными домашними животными. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.

- Не отнимайте и не стискивайте трость человека.

- Всегда выясняйте, в какой форме человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, аудиозапись. Если у вас нет возможности перевести информацию в нужный формат, отдайте ее в том виде, в котором она есть — это лучше, чем ничего.

- Если вы собираетесь читать незрячему человеку, сначала предупредите об этом. Говорите нормальным голосом. Не пропускайте информацию, если вас об этом не попросят.

- Если это документ, не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не заменяйте чтение пересказом. Когда незрячий человек должен подписать документ, обязательно прочитайте его. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.

- Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он вас не видит, а не к его зрячему компаньону.
- Всегда называйте себя и представляйте других собеседников, а также остальных присутствующих. Если вы хотите пожать руку, скажите об этом.
- Когда вы предлагаете незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник. Если вы знакомите его с незнакомым предметом, не водите по поверхности его руку, а дайте ему возможность свободно потрогать предмет. Если вас попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет.
- Когда вы общаетесь с группой незрячих людей, не забудьте каждый раз называть того, к кому вы обращаетесь.
- Не заставляйте вашего собеседника вещать в пустоту: если вы перемещаетесь, предупредите его.
- Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.
- Избегайте расплывчатых определений и инструкций, которые обычно сопровождаются жестами, выражениями вроде: «стакан находится где-то там на столе, это поблизости от вас...». Старайтесь быть точным: «Стакан посередине стола», «Стул справа от вас». Пытайтесь облечь в слова мимику и жесты.
- Если вы заметили, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляйте его движением на расстоянии, подойдите и помогите выбраться на нужный путь.
- При спуске или подъеме по ступенькам ведите незрячего перпендикулярно к ним. Передвигаясь, не делайте рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладывайте руки назад — это неудобно.
- Будьте спокойны и доброжелательны. Если не знаете, что делать, спросите об этом своего собеседника. Не бойтесь задеть его этим — ведь Вы показываете, что искренне заинтересованы в общении. Если Вы стремитесь быть понятым — Вас поймут.

Т. 5.12.3. 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 облокачивайтесь 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.

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

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

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

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

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

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

22. 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.

Теоретическое занятие №13. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам со множественными нарушениями.

Т.5.13.1. Особенности оказания медицинских услуг инвалидам со множественными нарушениями.

Т.5.13.1. Сегодня, на рубеже двух веков, когда Россия находится на новом этапе своего развития, назрела необходимость использовать потенциал всех социальных групп населения, в том числе и людей с множественными нарушениями развития. Но недостаточная информированность порождает у части общества искаженное представление о людях с ограниченными возможностями, что, в свою очередь, делает таких людей пассивными и далекими от активной общественной жизни.

Для людей с физическими и интеллектуальными недостатками необходимо создать предпосылки к строительству собственной жизни и возможности быть деятельным человеком общества. Непосредственное окружение инвалида и все общество в целом должны приспособиться к тому, что среди граждан имеются инвалиды. Также следует иметь в виду, что увечья бывают самые разные, в том числе такие, которые не заметны.

Общие правила для медицинского персонала при общении с инвалидами со множественными нарушениями:

Признайте его равным

Используйте его возможности

При всем этом, контактируя с больным человеком, важно не допустить оплошность по невниманию и не поставить его и себя в неловкое положение. Если вам предстоит контакт с таким человеком, предварительно уточните у его близких, каковы его реальные возможности. Например, многие страдающие детским церебральным параличом прекрасно понимают, что им говорят. Но при этом не могут пошевелить руками или ногами. И если вы будете разговаривать с ними громко и чересчур членораздельно, как с маленькими, то можете их обидеть. Если человек с ограниченными возможностями что-то умеет делать сам, то не следует предлагать ему помощь.

Старайтесь не показывать жалость

Находясь в обществе инвалида, уберите жалостливый взгляд. Лучше поднимите ему настроение доброй улыбкой.

Слова. Как мы их называем

Человек устроен так, что какие бы недостатки он не имел, он всегда хочет чувствовать себя наравне с другими людьми. В особенности это касается инвалидов. Поэтому во время общения с человеком с ограниченными физическими возможностями любое ваше неосторожное слово может обидеть его и навсегда отбить у него желание общаться с вами. Что же это может быть за слово? Когда инвалида называют «неполноценным», этот человек ощущает сочувствие и жалость окружающих, которые скорее угнетают его, чем поддерживают. А когда человек, который не может самостоятельно ходить, слышит о себе слова «прикован к инвалидной коляске», он чувствует себя обреченным. Поэтому, упомянутые выше слова, а также все другие, похожие на них, следует раз и навсегда исключить из своего лексикона.

Работниками медицинских организаций, предоставляющих услуги населению, должна быть оказана помощь инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Совокупность способностей, знаний и умений, необходимых для эффективного общения при оказании помощи инвалидам в преодолении барьеров, называется коммуникативная эффективность.

Развитие коммуникативных умений складывается из следующих основных навыков:

- избегать конфликтных ситуаций;
- внимательно слушать инвалида и слышать его;
- регулировать собственные эмоции, возникающие в процессе взаимодействия;
- обеспечивать высокую культуру и этику взаимоотношений;
- цивилизовано противостоять манипулированию.

Обследование объекта (лечебного учреждения) и разработка рекомендаций для администрации объекта (собственников, правообладателей) по повышению комфортности пребывания инвалидов при посещении объекта (получении услуги)

В ходе обследования определяются:

- соответствие параметров элементов объекта и функциональных зон, обеспечивающих условия его доступности и предоставляемых услуг для инвалидов всех категорий условиям доступности, в том числе при оказании помощи инвалиду сотрудниками объекта или сопровождающим;
- рекомендации по адаптации основных функциональных зон объекта с последующим занесением этих данных в паспорт доступности объекта;
- разрабатывается план мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг (дорожная карта).

Кроме того, определяется порядок сопровождения инвалидов с тяжелыми ограничениями в передвижении и ориентации и оказания им помощи в преодолении препятствий для обеспечения получения услуги (услуг) и помощи в чрезвычайных ситуациях. В соответствии с установленным порядком сопровождения вносятся изменения в административный регламент в части организации работы по обеспечению доступности услуг, сопровождению инвалидов и оказанию им необходимой помощи в преодолении препятствий; в должностные инструкции лиц, назначенных за ответственными за организацию работы по обеспечению доступности объектов и услуг, за сопровождение инвалидов и оказание им необходимой помощи.

Подготавливаются памятки для информирования по порядку сопровождения людей, пользующихся креслом-коляской, с нарушениями слуха, с потерей зрения, размещаемых на сайтах и информационных стендах объекта.

Общение с инвалидами с ДЦП

При наличии в лечебном учреждении пандуса необходимо предложить помощь инвалиду при подъеме/спуске по пандусу в форме вопроса: «Нужна ли Вам помощь?» Если он отказался, не надо повторять и настаивать; но следует его предупредить, что, например, поверхность пандуса довольно скользкая, угол уклона повышен, надо быть осторожным при съезде с пандуса в месте его стыка с полом и пр.

Выясните у посетителя на кресле-коляске нужно ли ему воспользоваться платформой для инвалидов для спуска или подъема на другие уровни объекта (при наличии платформы). При использовании платформы следует предложить помощь инвалиду для заезда на нее по минипандусу, некоторым подъем даже на небольшую высоту представляет затруднение.

При поступлении сигнала об оказании помощи из санузла для инвалидов следует выяснить, какого рода помощь требуется, при необходимости открыть дверь снаружи специальным ключом и организовать необходимую помощь (поднять инвалида с пола, вызвать медицинский персонал и пр.).

Общение со слепоглухими посетителями

Если у человека при полной глухоте утрачена возможность визуально воспринимать жестовые сообщения, то используется контактная форма проявления жестов. В этом случае необходима помощь тифлосурдопереводчиком.

Если нет такой возможности, самое простое средство общения со слепоглухим - это письмо на ладони - дермография. Есть два способа использования дермографии:

- пальцем слепоглухого человека либо тупым концом ручки или карандаша писать печатные буквы на ладони воспринимающего речь;
- писать буквы пальцем посетителя, воспринимающего сообщение, на плоской ровной поверхности.

Слепоглухие могут читать тексты, напечатанные по Брайлю.

Общение с людьми с ментальными нарушениями

Необходимо разговаривать с ними не как с больными людьми, а с уважением, спокойным тоном голоса, не допуская резкости.

Фразы должны быть короткими, внятно произнесенными. Желательна четкая медленная речь.

Не следует вступать с ними в дискуссии и спорить.

В некоторые моменты эти люди могут испытывать эмоциональные срывы, быть возбудимыми и неуравновешенными. Необходимо учитывать эти состояния и стараться успокоить их, вести себя дружелюбно, спросить их о том, чем можно им помочь.

Очень помогает участие заинтересованных сопровождающих, например родителей больных детей или воспитателей интернатов.

При общении с людьми с задержкой в развитии и проблемами общения

Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу. Не думайте, что вас не поймут. Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в развитии имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек. Будьте готовы повторить несколько раз. Не сдавайтесь, если вас с первого раза не поняли.

Говоря о задачах или давая инструкцию, рассказывайте все «по шагам». Дайте вашему собеседнику возможность обыграть каждый шаг после того, как вы объяснили ему.

При общении с людьми, имеющими психиатрические проблемы

Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир. Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что вы можете сделать, чтобы помочь ему. Не говорите резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания. Не следует думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию. Если вы дружелюбны, они будут чувствовать себя спокойно.

Возвращаясь же к вопросу об этике общения и работы с людьми с ограничениями здоровья, хочется вновь повторить, что главное при взаимодействии с ними – это уважение, доброжелательность и стремление помочь. Проявляя вежливость, такт и непредвзятость, вы сможете преодолеть любую неловкую ситуацию, исправить допущенную вами оплошность, помочь собеседнику почувствовать себя спокойно.

И последнее, недопустимо к ним обращаться на «ты», даже если это ваш хороший знакомый. Держите субординацию. Уважайте их и они будут уважать вас. Допустите «панибратство» и вас не будут воспринимать всерьез, значит, не будут реагировать на замечания, не будут выполнять ваши требования никогда.

Общаясь между собой, следите за тем что вы говорите, как и кому, вас могут услышать, неправильно воспринять информацию.