**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

 **ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ**

**практического занятия**

**ПО ТЕМЕ:**

**«Стойкая утрата трудоспособности. Медико-социальная экспертиза. Задачи, стоящие перед ВК и МСЭК. Порядок направления пациентов на МСЭК. Оформление индивидуальной программы реабилитации инвалидов, медицинской документации»**

**ДИСЦИПЛИНА «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»**

 **СО СТУДЕНТАМИ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

 Методические рекомендации

 составлены:

 д.м.н., профессором кафедры

 поликлинической терапии

 О.Ю. Майко

1. **Формируемые компетенции**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Индекскомпе-тенции | Индикаторыдостижениякомпетенции | Дескриптор компетенции |
| УК | Инд.УК1.1 | Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу |
| Инд.УК1.2 | Способность применять системный подход для анализа проблемной ситуации |
| ОПК-4 | Инд.ОПК4.1 | Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза |
| Инд.ОПК4.2 | Способность проводить полное клинико-лабораторное обследование пациента |
| Инд.ОПК4.3 | Способность анализировать полученные результаты обследования пациента с целью установления диагноза |
| ПК-4 | Инд.ПК4.1 | Готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов и синдромов заболеваний |
| Инд.ПК4.2 | Готовность к проведению дифференциальной диагностики заболеваний |
| Инд.ПК4.3 | Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) |
| ПК-7 | Инд.ПК7.1 | Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, обусловленной медицинскими или социальными причинами |
| Инд.ПК7.2 | Готовность к определению признаков стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или анатомическими дефектами |
| ПК-13 | Инд.ПК13.1 | Готовность составлять план работы и отчет о своей работе, оформлять паспорт врачебного (терапевтического) участка |
| Инд.ПК13.2 | Готовность заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде |

**Практическое занятие №3**

 **2.** **Тема 3**: **Стойкая утрата трудоспособности. Медико-социальная экспертиза. Задачи, стоящие перед ВК и МСЭК. Порядок направления пациентов на МСЭК. Оформление индивидуальной программы реабилитации инвалидов, медицинской документации.**

 **3.** **Цель:** Изучить критерии и группы инвалидности. Научить студентов оформлять документы при направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Изучить структуру и функции МСЭ.

 **4.** **Задачи**:

Обучающая: Знать принципы выявления стойкой нетрудоспособности. Критерии к установлению группы инвалидности. Структуру и функции СМЭК. Порядок направления на МСЭ, выбор оптимального срока. Оформление направления на МСЭ, листка нетрудоспособности. Решение задач по вопросам МСЭ.

Развивающая: Развитие навыков работы с директивными документами, приказами, медицинской документацией, которые используются при проведении МСЭ.

Воспитывающая: Обучить студентов деонтологическим аспектам общения с пациентами в поликлинике.

**5.** **Вопросы для рассмотрения:**

1. Структура и функции федеральных государственных учреждений МСЭ.

2. Порядок направления граждан на МСЭ.

3. Порядок признания гражданина инвалидом.

4. Критерии установления групп инвалидности. Критерии установления степени ограничения способности к трудовой деятельности.

5. Сроки установления групп инвалидности.

 6. Причины инвалидности.

7. Перечень документов, оформляемых при проведении МСЭ.

8. Порядок обжалования экспертного решения.

9. Оформление листка нетрудоспособности при направлении на МСЭ.

10. Порядок заполнения направления на МСЭ (форма 088/у)

12. Положение об индивидуальной программе реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида.

13. Набор социальных льгот для инвалидов в РФ.

6. Основные понятия темы.

1. Вступительное слово преподавателя:

Проблемы инвалидности, представления о ней являются актуальной темой для изучения и обсуждения. Если говорить об инвалиде с точки зрения состояния его здоровья, то несомненно, что это человек, имеющий стойкое нарушение здоровья в виде заболевания, увечья, дефекта, последствия травмы. Специалисты здравоохранения определяют такое состояние как болезнь или патологию – существенное отклонение от нормы, которое приводит к нарушению жизнедеятельности организма. Отсюда следует, что инвалидность может быть установлена только тогда, когда у человека имеется заболевание. Этот аспект можно назвать медицинским. Но при комплексной оценке социального положения больной человек далеко не всегда является инвалидом. Важным аспектом в определении инвалидности является другая ее сторона – социальная. Разговор об инвалидности начинается тогда, когда речь заходит о невозможности данного человека обеспечить свою жизнь или участвовать в общественном производстве и в общественных отношениях. Поэтому если рассматривать инвалидность со всех позиций, то ее доминирующая сторона – это необходимость оказания социальной помощи человеку.

Согласно обновленным порядкам и правилам проведения МСЭ введено:

-Граждане могут самостоятельно выбирать формат прохождения МСЭ - очный или заочный;

-Устанавливается перечень случаев, когда обязательно личное присутствие на МСЭ

1) несоответствие между данными медицинских исследований и заключениями врачей, направивших пациента на МСЭ,

2) необходимость обоснования с помощью специального диагностического оборудования;

3) проживание лица в интернате;

4) корректировка индивидуальной программы реабилитации (ИПР);

-Прописан срок МСЭ – до 30 рабочих дней с подачи заявления или регистрации в бюро направления на МСЭ. В отдельных случаях экспертиза выполняется за 3 рабочих дня (например-протезирование, паллиативная помощь);

- МСЭ можно будет проходить дистанционно. Воспользоваться такой функцией смогут пациенты, кто не согласен с решением бюро МСЭ и намерен его обжаловать. В этом случае гражданин будет находиться в бюро по месту жительства, где ему представят техническую возможность общения со специалистами главного или федерального бюро МСЭ и прохождения повторной экспертизы;

-Направление на МСЭ формируется в информационной системе медицинской организации в форме эл. документа (или на бумажном носителе) в течение 3-х рабочих дней,

-МСЭ без личного присутствия гражданина проводится бюро без доступа к его персональным данным вне зависимости от места проживания,

-ИПРА формируется также в электронном формате.

-Урегулированы вопросы получения необходимой информации: выполнение информирования в электронном виде через личный кабинет застрахованного лица, по телефонной (мобильной связи) или на бумажном носителе.

При проведении МСЭ рекомендуется следующий перечень нормативных документов:

***Нормативные документы, регулирующие порядок медико-социальной экспертизы:***

1.Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 декабря 2020 года №979 н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

2.Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями социальной экспертизы».

3.Постановление Правительства РФ № 588 от 5 апреля 2022 года «О признании лица инвалидом».

4.Приказ Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты РФ № 488н/551н от 12 августа 2022 года «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу и порядка ее заполнения».

5. Приказ министерства труда и социальной защиты от 5 марта 2021 г №106н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

6. Приказ министерства труда и социальной защиты от 13 июня 2017 г №486н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА, ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, ВЫДАВАЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МСЭ, И ИХ ФОРМ».

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 5 марта 2021 №107н "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СРОКОВ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗАМИ И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ "

1. **Входной контроль знаний** проводится тестирование письменно. Студент должен выбрать правильный ответ из предложенных в тесте вариантов.
2. **Основные терминологические аспекты.**

Основная терминология по теме занятия:

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Гражданин, получив статус инвалида, автоматически становится объектом социальной помощи.

Социальная защита инвалидов – это система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для создания им преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества (статья 2 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ»).

Социальная поддержка инвалидов – система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения (статья 2 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ»).

Таким образом, инвалидность складывается из трех компонентов, причем наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для признания лица инвалидом:

1.Нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

2.Ограничения жизнедеятельности.

3.Наличие социальной недостаточности, требующей необходимых мер социальной защиты гражданина, включая реабилитацию.

1. Структура и функции федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ). ***МСЭ*** – это вид медицинской экспертизы, целью которой является определение признаков стойкого ограничения трудоспособности и жизнедеятельности, необходимости осуществления мер социальной защиты инвалидов. К учреждениям, решающим данные экспертные вопросы, относятся ***бюро*** МСЭ. В РФ создана трехуровневая система МСЭ со строгой соподчиненностью и находящаяся в ведении Федерального медико-биологического агентства РФ:

***Федеральное бюро***;

***Главное бюро***;

***Бюро*** МСЭ, являющееся филиалами главного бюро в населенных пунктах (городах, районах) и формирующиеся на численность населения 70-90 тысяч человек при условии освидетельствования до 1,5 тысячи человек в год.

# Функции бюро медико-социальной экспертизы

***Федерального уровня:***

1.Обеспечение предоставления всем гражданам равных возможностей для прохождения ими освидетельствования в целях признания инвалидом в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов РФ».

2.Рассматривает жалобы граждан, проходящих освидетельствование, на решения главных бюро и в случае признания их обоснованными, изменяет либо отменяет решения главных бюро.

3.Проводит освидетельствование граждан, обжаловавших решение главных бюро, а также граждан, направленных главным бюро в случаях, требующих особо сложных, специальных видов обследования.

4.Проводит по собственной инициативе повторное освидетельствование граждан, прошедших освидетельствование в главных бюро и при наличии достаточных оснований изменяет либо отменяет их решение.

5.Осуществляет комплексную реабилитационно-экспертную диагностику с применением новейших технологий, результатов научных разработок в целях определения наличия ограничений жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности, реабилитационного потенциала и потребности в мерах социальной защиты.

6.Проводит по поручению Федерального медико-биологического агентства научные исследования в установленной сфере деятельности.

7.Осуществляет мероприятия по повышению квалификации специалистов в области МСЭ.

8.Оказывает методическую и организационно-методическую помощь главным бюро и бюро, обеспечивает единство в применении указанных рекомендаций.

9.Формирует банк данных граждан, прошедших экспертизу, и осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов.

10.Изучает факторы, приводящие к инвалидности, вносит предложения по разработке и реализации программ по проблемам инвалидов.

11.Вносит в Министерство здравоохранения и социального развития РФ предложения по формированию государственного заказа на проведение научно-исследовательских работ по МСЭ и о внедрении в практику результатов научных разработок, передового опыта главного бюро, а также реализации программ по различным направлениям МСЭ.

***Главного бюро:***

1.Рассматривает жалобы граждан, проходящих освидетельствование, на решения бюро, и в случае признания их обоснованными, изменяет либо отменяет их.

2.Проводит по собственной инициативе повторное освидетельствование граждан, прошедших освидетельствование в бюро, и при наличии оснований изменяет либо отменяет решения бюро.

3.Производит освидетельствование граждан, обжаловавших решение бюро, а также по направлению бюро, требующих специальных видов обследования, в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности и их реабилитационного потенциала.

4.Дает гражданам, проходящим освидетельствование, разъяснение по вопросам экспертизы и формирует банк данных граждан, прошедших освидетельствование.

5.Учавствует в разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов, определяя виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

6.Определяет причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.

***Бюро:***

1.Проводит освидетельствование граждан для установления структуры, степени ограничения жизнедеятельности и их реабилитационного потенциала.

2.Разрабатывает и корригирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов.

3.Устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, степень ограничения способности к трудовой деятельности.

4.Определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в %).

5.Определяет причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.

6.Дает гражданам, проходящим освидетельствование, разъяснение по вопросам экспертизы.

7.Формирует в рамках обслуживаемой территории банк данных о гражданах, прошедших экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживающей территории.

8.Предоставляет сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и граждан призывного возраста в соответствующие военные комиссариаты.

2. Порядок направления граждан

на медико-социальную экспертизу

Направление на МСЭ осуществляет:

1.Организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь в независимости от ее организационно-правовой формы.

2.Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение (направляет граждан, признанных инвалидами в других странах и обратившихся за назначением пенсии и ежемесячной выплатой в пенсионный фонд РФ и невозможности предоставления этих видов обеспечения, так как в других государствах не определяется степень ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТ)).

3.Орган социальной защиты населения (направление лиц без определенного места жительства).

В случае отказа данными организациями в направлении гражданина на МСЭ необходимо предоставить справку от этой организации, на основании которой пациент имеет право обратиться в бюро самостоятельно. Бюро в свою очередь по результатам осмотра гражданина составляет план обследования и проведения у него реабилитационных мероприятий, после выполнения которых, и решает вопрос о наличии и степени ограничений жизнедеятельности.

Направлению на МСЭ подлежат граждане:

1. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала.

2.При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев, либо свыше 12 месяцев после лечения туберкулеза.

 3.При необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Экспертиза проводится:

1.Непосредственно в бюро МСЭ.

2.На дому - в случае, если пациент не может явиться в бюро самостоятельно по состоянию здоровья, что подтверждается заключением врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения.

3.Заочно по решению соответствующего бюро.

Перечень документов, которые необходимы для проведения МСЭ:

1.Заявление пациента или его законного представителяс личной подписью(законным представителем являются родители, опекуны, попечители по предъявлении соответствующих документов: свидетельства о рождении, удостоверения опекуна, попечителя).

2. Паспорт с отметкой о регистрации.

3. Форма № 088/у (направление на МСЭ), заверенная подписями членов врачебной комиссии и гербовой печатью лечебно-профилактического учреждения.

4. Трудовая книжка или заверенная в отделе кадров ее копия (и для не работающих).

5. Для работающих - сведения о характере трудовой деятельности с указанием размера заработной платы

6. Листок нетрудоспособности.

7. Справка МСЭ (об инвалидности) при переосвидетельствовании.

8. Амбулаторная карта.

9. Справка врачебной комиссии при нуждаемости в протезно-ортопедической помощи, технических средствах реабилитации, слухопротезировании.

Направление в бюро МСЭ оформляется в соответствии с формой № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу, организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

 Непосредственное оформление пациента на МСЭ возлагается на специалиста, ведущего больного в соответствии с заболеванием, которое определяет стойкую нетрудоспособность. Организации, осуществляющие направление пациента на экспертизу, обязаны в полном объеме и достоверно отразить необходимые сведения о гражданине, так как несут ответственность в установленном законодательством РФ порядке.

3. Порядок признания гражданина инвалидом

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении МСЭ, исходя из комплексной оценки состояния организма пациента на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утвержденных Министерствами здравоохранения и труда и социальной защиты РФ.

Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих ***стойкие нарушения функций организма***, предусматривает определение степени тяжести данного ограничения.

**Выделяются 4 степени стойких нарушений функций организма человека**, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, классифицируемые с использованием количественной системы оценки степени выраженности указанных нарушений, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов, предусмотренной приложением к настоящим классификациям и критериям:
**I степень** – стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

**II степень** – стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;
**III степень** - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

**IV степень** - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

При наличии нескольких стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, отдельно оценивается с использованием количественной системы и устанавливается степень выраженности каждого из таких нарушений в процентах. Сначала устанавливается максимально выраженное в процентах нарушение той или иной функции организма человека, после чего определяется наличие (отсутствие) влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции организма человека. При наличии указанного влияния суммарная оценка степени нарушения функции организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов. Значения максимально выраженных нарушений функций организма указаны в приложении к настоящим классификациям и критериям.

В экспертной оценке также необходимо определиться с наличием и степенью ограничения категорий жизнедеятельности. К основным категориям жизнедеятельности отнесены:

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

а) способность к самообслуживанию;

б) способность к самостоятельному передвижению;

в) способность к ориентации;

г) способность к общению;

д) способность контролировать свое поведение;

е) способность к обучению;

ж) способность к трудовой деятельности.

6. Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

**а) способность к самообслуживанию** - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены:
**1 степень** - способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
**2 степень** - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
**3 степень** - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц;

**б) способность к самостоятельному передвижению** - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:
**1 степень** - способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
**2 степень** - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

**3 степень** - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

**в) способность к ориентации** - способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения:
**1 степень** - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

**2 степень** - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

**3 степень** - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

**г) способность к общению** - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации:
**1 степень** - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи, при изолированном поражении органа слуха - способность к общению с использованием невербальных способов общения и услуг по сурдопереводу;

**2 степень** - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

**3 степень** - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

**д) способность контролировать свое поведение** - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:
**1 степень** - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;
**2 степень** - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;
**3 степень** - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

**е) способность к обучению** – способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни:

**1 степень** – способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в образовательных и иных организациях с созданием специальных условий (при необходимости) для получения образования, в том числе обучение с применением (при необходимости) специальных вспомогательных технических средств, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

**2 степень** - способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в образовательных и иных организациях с созданием специальных условий для получения образования только по адаптированным образовательным программам и адаптированным (основным) образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных технологий с применением (при необходимости) специальных вспомогательных технических средств, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

**3 степень** - способность к обучению только элементарным навыкам и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения только элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере или ограниченные возможности способности к такому обучению в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма, определяемые с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

**ж) способность к трудовой деятельности** - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

**1 степень** - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

**2 степень** - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств;

**3 степень** - способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма.

7. Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

**4. Критерии для установления групп инвалидности**

9. Критерии для установления групп инвалидности применяются после установления гражданину инвалидности в соответствии с критерием установления инвалидности, предусмотренным [пунктом 8](#Par105) настоящих классификаций и критериев.

10. Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

11. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

12. Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

13. Категория "ребенок-инвалид" устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро и доводится до сведения пациента, проходившего экспертизу. Программа предусматривает:

1. Обследование в медицинской, реабилитационной организациях.

2. Получение заключения главного или Федерального бюро.

3.Запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты бюро принимают экспертное решение.

В случае отказа гражданина или его законного представителя от дополнительного обследования и предоставления требуемых документов решение о признании гражданина инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте МСЭ.

При необходимости привлечения главного (Федерального) бюро акт освидетельствования с приложением всех имеющихся документов в трехдневный срок со дня проведения экспертизы передается в вышестоящее бюро.

5.Сроки установления групп инвалидности

Инвалидность I группы устанавливается сроком на 2 года, II и III группы – на 1 год. Степень ограничения способности к трудовой деятельности устанавливается на тот же срок, что и группа инвалидности.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1, 2 года, 5 лет или до достижения пациента возраста 14 или 18 лет. Далее устанавливается I, II или III группа инвалидности с установлением причины инвалидности - инвалид с детства.

Переосвидетельствование инвалида может быть проведено заблаговременно, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности.

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 реабилитационных или абилитационных мероприятий.

Утвержден перечень заболеваний, при которых гражданам устанавливается группа инвалидности ***без указания срока переосвидетельствования***, а в категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 18 лет:

-Не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом, имеющим заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функции органов и систем организма;

-Не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом, в случае выявления невозможности устранения или уменьшения в ходе реабилитационных и абилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности, вызванного стойкими и необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

Необходимость в переосвидетельствовании инвалида с установленной ранее без указания срока группой инвалидности может возникнуть в связи с изменением состояния его здоровья, что может требовать усиления группы, либо изменении трудовых рекомендаций.

6.Причины инвалидности

Существует несколько причин инвалидности, установленных Законодательством РФ:

1. Общее заболевание.
2. Трудовое увечье.
3. Профессиональное заболевание.
4. Инвалид с детства.
5. Инвалидность с детства вследствие ранения.
6. Инвалидность, связанная с боевыми действиями в период ВОВ.
7. Военная травма.
8. Инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий (острая и хроническая лучевая болезнь, лучевая катаракта, лучевой гипотиреоз, местное лучевое поражение, апластическая анемия, новообразования).

При отсутствии документов, подтверждающих связь заболевания с вышеперечисленными обстоятельствами, причиной инвалидности будет общее заболевание. Гражданину оказывается содействие в получении указанных документов и со дня их предоставления причина инвалидности меняется без дополнительного переосвидетельствования.

 7. После принятия решения о признании пациента инвалидом, выдается документация:

1. Справка (розового цвета), подтверждающая факт (первичного или повторного) установления инвалидности с указанием группы инвалидности, даты, до которой она устанавливается, даты очередного переосвидетельствования, заключения об условиях и характере рекомендуемого труда, номера акта освидетельствования. Справка заверяется руководителем бюро.

1. Индивидуальная программа реабилитациии, абилитации, разрабатываемая специалистами бюро, проводившими экспертизу и утверждаемая руководителем соответствующего бюро (формируется в электронном виде).
2. Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется соответствующим бюро в трехдневный срок со дня принятия решения в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение (в электронном виде).

8. Порядок обжалования экспертного решения

При несогласии с решением бюро МСЭ пациент или его законный представитель может обжаловать данное решение в главном, далее (при несогласии с решением главного бюро) и в федеральном бюро в течение одного месяца на основании письменного заявления в бюро, проводившем экспертизу. В трехдневный срок это бюро передает заявление и все имеющиеся документы в главное бюро (федеральное бюро), которое не позднее одного месяца проводит экспертизу и выносит соответствующее решение.

В случае несогласия с решением бюро МСЭ всех уровней гражданин или его законный представитель имеет право обжалования ***в судебном порядке***, установленном законодательством РФ.

9. Оформление листка нетрудоспособности

При направлении больного на МСЭ в соответствующей графе председателем врачебной комиссии фиксируется дата направления в бюро и ставится подпись. В графе «Освобождение от работы» производится продление листка нетрудоспособности по дату, предшествующую дню направления. В указанный день пациент должен обратиться в бюро МСЭ и зарегистрировать документы, с обязательной отметкой в соответствующей графе («Регистрация документов в бюро МСЭ"). В графе "Освидетельствован в бюро учреждением МСЭ" фиксируется дата экспертизы. В строке "Заключение бюро МСЭ" делается запись о результатах освидетельствования и ставится подпись руководителя бюро МСЭ. В строке "Приступить к работе" – ставится шифр "Установлена группа инвалидности" и указывается дата регистрации документов в бюро МСЭ, при этом срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню поступления документов в учреждение МСЭ (следовательно, датой установления инвалидности является день регистрации документов в бюро).

Если освидетельствование пациента проведено позже регистрации документов и его признали инвалидом, продление листа нетрудоспособности по день освидетельствования не требуется. При признании лица трудоспособным, больничный лист продляется врачебной комиссией на период освидетельствования одной строкой.

Случаи несвоевременной явки в бюро МСЭ, а также отказ от экспертизы являются нарушениями режима (в строке «Отметка о нарушении режима» указывается дата и код нарушения). Листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте больного.

В случае отказа в строке "Приступить к работе" пишется - код "Отказ от проведения МСЭ".

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности на срок не более 10 месяцев (12 месяцев при туберкулезе) после даты регистрации документов в учреждении МСЭ, далее пациента повторно направляют на МСЭ. Периодичность осмотра врачебной комиссией должна проводиться не реже чем один раз в 15 дней.

10.Разбирается порядок заполнения направления на МСЭ по форме 088/у

11. Реабилитация и абилитация лиц с ограниченными возможностями

Важнейшей задачей в настоящее время является формирование системы комплексной многопрофильной реабилитации и абилитации, позволяющей решить проблему интеграции в общество людей с ограниченными возможностями, т.е. инвалидов (из концепции Федеральной целевой программы – «Доступная среда»).

Под ***реабилитацией*** в социальной медицине понимается расширение сферы жизнедеятельности больного при помощи комплекса ***медико-биологических***, ***социальных*** и ***психологических*** мероприятий. Эти мероприятия и составляют ***три*** основных ***аспекта*** ***реабилитации.***

Под ***абилитацией*** *понимается*(от лат. habilis - быть способным к чему-либо)   — первоначальное формирование способности к чему-либо. Абилитация направлена на формирование новых и усиление имеющихся физических, психических и социальных функций, которые оказались не развитыми у инвалида или ребенка-инвалида. Ранее термин применяется преимущественно в отношении детей с врожденными дефек­тами или рано приобретенными нарушениями функций организма. В отличие от реабилитации - возвращения способности к чему-либо, утраченной в результате болезни, травмы и др. (Логопедическая абилитация и коррекция в дифференцированной реабилитации и социальной адапта­ции детей и подростков с отклонениями в развитии).

При определении ***реабилитационного потенциала*** (РП) больного важна оценка сохранившихся возможностей организма и личности, а не констатация утраченного. Под ***РП*** понимают биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать имеющиеся ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта.

***РП организма включает:***

1.Биоэнергетический потенциал – оценка состояния органов и систем, задействованных в медико-биологическом аспекте реабилитации.

2.Генетико-конституциональный – оценка наследственности, особенностей конституции, пола и возраста пациента.

3.Организационно-медицинский – как будет конкретно организован медико-биологический аспект реабилитации.

***РП личности оценивается по нескольким направлениям:***

1. Состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, мышление)

2. Особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация)

3. Представление личности о сущности заболевания и возможностях терапии.

Человек, имеющий болезнь, существует в определенном социальном окружении. Поэтому при оценке РП также необходимо проанализировать несколько составляющих (т.е. ***РП общества***):

1. Реабилитационная ориентация микросоциума (семья, соседи, группа по интересам, учебная и рабочая группа)

2. Анализ профессиональной деятельности (например, юристы, военнослужащие, врачи, педагоги и др.), что позволяет уточнить возможности профессиональной и социально-трудовой реабилитации при интеграции в такую социальную группу

3. Научно-технический и экономический РП общества – возможность общества оказать помощь больному для реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

***Реабилитационный диагноз интегрируется из трёх составляющих*** ***- клинико-функциональный диагноз - психологический аспект - социальный диагноз.***

Болезнь приводит к ограничению жизнедеятельности, следовательно, развернутый клинико-функциональный диагноз должен включать:

* + - основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность
		- их стойкость и степень выраженности
		- нозологическую принадлежность болезни
		- ее тип и темп течения - так называемый реабилитационный прогноз
		- наличие неблагоприятного патопластического состояния
		- наличие осложняющих факторов (иного заболевания, влияющего на клинику и течение основной нозологической формы).

**12. Положение об индивидуальной программе реабилитации или абилитации**

**инвалида (ребенка-инвалида)**

***Формирование индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) имеет следующие составляющие:***

* оптимальный психологический контакт врач-реабилитолог – больной
* конкретные цели реабилитации или абилитации
* реабилитационный диагноз
* оценка реабилитационного потенциала организма, личности и социума.

***Порядок разработки и реализации ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), выдаваемых федеральными государственными учреждениями МСЭ.***

1. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) разрабатывается федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро, главным бюро и их филиалами.

Разработка ИПРА осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, и реабилитационного потенциала. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях уточнения структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро.

Указанная программа доводиться до сведения инвалида (его законного представителя) в доступной для него форме.

ИПРА содержит как реабилитационные или абилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства РФ,так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

2. ИПРА на бумажном носителе выдается инвалиду (ребенку-инвалиду) (его законному представителю) на руки, о чем делается запись в журнале выдачи ИПР.

3. ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы гражданина исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и утверждается руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченным заместителем руководителя главного бюро (Федерального бюро).

4. Специалисты бюро (главного бюро, Федерального бюро) информируют инвалида (ребенка-инвалида) (его законного или уполномоченного представителя) о целях, задачах и социально-правовых последствиях реабилитационных мероприятий.

5. Разработка ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) состоит из следующих этапов:

а) проведение реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики;

б) оценка реабилитационного потенциала;

в) определение реабилитационного прогноза и мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду (ребенку-инвалиду) восстановить (сформировать) или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, круга интересов, уровня притязаний, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

6. Разработка ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) осуществляется специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу.

По приглашению руководителя бюро в формировании ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) могут принимать участие с правом совещательного голоса специалисты медицинских организаций, государственных внебюджетных фондов, государственной службы занятости населения, работодатели, педагоги и другие специалисты.

7. В случаях, требующих применения сложных видов реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики, гражданин может быть направлен для разработки или коррекции ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в главное бюро, Федеральное бюро.

8. ИПРА инвалида разрабатывается на 1 год, 2 года или бессрочно, ИПРА ребенка-инвалида разрабатывается на 1 год, 2 года или до достижения возраста 18 лет.

При необходимости внесения дополнений или изменений в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) оформляется новое направление на медико-социальную экспертизу и составляется новая ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

В новую ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) вписываются реабилитационные и абилитационные мероприятия, в которых нуждается инвалид (ребенок-инвалид). Ранее выданная ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) после оформления заключения о ее выполнении погашается путем перечеркивания первой страницы и размещения в правом верхнем углу надписи "погашена", приобщается к акту медико-социальной экспертизы гражданина.

9. ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), оформленная в виде электронного документа, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченного заместителя руководителя главного бюро (Федерального бюро), простой электронной подписью (при ее наличии) инвалида (ребенка-инвалида) (его законного или уполномоченного представителя) и направляется инвалиду (ребенку-инвалиду) (его законному или уполномоченному представителю) с использованием информационно-коммуникационных технологий, в том числе федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

При отсутствии у инвалида (ребенка-инвалида) (его законного или уполномоченного представителя) простой электронной подписи ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), оформленная в виде электронного документа, распечатывается на бумажном носителе.

При распечатывании ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), оформленной в виде электронного документа, на бумажном носителе допускается вывод на печать только заполненных полей.

ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), оформленная на бумажном носителе, подписывается руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) или уполномоченным заместителем руководителя главного бюро (Федерального бюро) и инвалидом (ребенком-инвалидом) (его законным или уполномоченным представителем), заверяется печатью бюро (главного бюро, Федерального бюро) и выдается на руки инвалиду (ребенку-инвалиду) (его законному или уполномоченному представителю) либо направляется заказным почтовым отправлением с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

10. В случае отказа инвалида (ребенка-инвалида) (его законного или уполномоченного представителя) подписать сформированную ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) она приобщается к его акту медико-социальной экспертизы.

Копия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в данном случае может быть выдана инвалиду (ребенку-инвалиду) (его законному или уполномоченному представителю) по заявлению инвалида (ребенка-инвалида) (его законного или уполномоченного представителя).

В случае несогласия с решением бюро (главного бюро, Федерального бюро) о рекомендуемых реабилитационных и (или) абилитационных мероприятиях инвалид (ребенок-инвалид) (его законный или уполномоченный представитель) вправе обжаловать данное решение в порядке, предусмотренном действующими Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации "О порядке и условиях признания лица инвалидом".

***Методические рекомендации по разработке ИПРА инвалида.***

Введены две формы ИПРА отдельно для ребенка-инвалида и для инвалида.

Возможно обращение за ИПРА инвалидов, инвалидность которым установлена бессрочно, в этих случаях необходимо полное клиническое обследование с оформлением формы 088/у-06 и освидетельствованием больного в бюро МСЭ. ***Срок разработки*** ***программы*** составляет не более ***30 дней.***

Разрабатывается программа реабилитологом и специалистами бюро МСЭ с привлечением в случае необходимости врачей лечебного учреждения, учреждений службы занятости, образования и др., при обязательном участии инвалида, с которым обсуждается каждый пункт программы.

***В ИПРА инвалида предусмотрены следующие разделы:***

1. Реабилитационная диагностика с реабилитационно-экспертным заключением.

2. Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации.

3. Мероприятия профессиональной реабилитации или абилитации.

4. Мероприятия социальной реабилитации или абилитации.

5. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом.

6. Раздел о технических средствах реабилитации и услуг по реабилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета.

7. ТСР, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта РФ, за счет средств инвалида или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

8. Виды помощи, оказываемые инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению.

9. Заключение о выполнении ИПРА инвалида.

**13.Набор социальных услуг**

В соответствии с Постановлением Правительства РФ дается право на оплату дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача и предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, на оплату бесплатного проезда на пригородном железнодорожном транспорте и на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

Допускается отказ от всего НСУ, а также и от одной из его частей. Отказ на следующий год осуществляется в отделении Пенсионного фонда лично (либо по нотариальной доверенности) до 1 октября текущего года. Заявление подается ежегодно. Граждане, принявшие решение об отказе от НСУ, в случае потребности не могут воспользоваться данной услугой в течение всего календарного года, на который написан отказ.

***Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг и порядок обеспечения инвалидов средствами реабилитации***

 **Реабилитационные мероприятия**

1. Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
2. Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
3. Санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.
4. Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.
5. Обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).
**Технические средства реабилитации**
6. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
7. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
8. Протезы и ортезы.
9. Ортопедическая обувь.
10. Противопролежневые матрацы и подушки.
11. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.
12. Специальная одежда.
13. Специальные устройства для чтения "говорящих книг", для оптической коррекции слабовидения.
14. Собаки-проводники с комплектом снаряжения.
15. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
16. Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
17. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
18. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами.
19. Телефонные устройства с текстовым выходом.
20. Голосообразующие аппараты.
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники).
22. Абсорбирующее белье, подгузники.
23. Кресла-стулья с санитарным оснащением.
**Услуги**
24. Ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия.
25. Содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации).
26. Предоставление услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу).

1. **Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  | Используемые методы (в т.ч., интерактивные) | Время  |
| 11.1 1.2 1.3  | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Оценка готовности аудитории, оборудования и студентов.Краткая характеристика этапов и содержания работы студентов на занятии: | Вступительное слово преподавателяПроверка присутствующих | 32 |
| 2 | **Входной контроль** **знаний** | Набор тестов по вариантам.Проводится письменно. | 15 |
| 3 | **Актуализация теоретических знаний** | Устный разбор темы занятия. | 700 |
| 4 | **Отработка** **практических умений и навыков**  | Решение ситуационных задач. | 60 |
| 5 | **Контроль качества** **формируемых компетенций /элементов компетенций**. | Контроль освоения практических навыков по заполнению типовой документации, используемой для направления на МСЭ.  | 30 |
| 66.16.2 | **Заключительная часть занятия**:Обобщение, выводы по теме.Домашнее задание. | Заключительное слово преподавателя.Изучение литературы, работа с тестами для самоподготовки, решение ситуационных задач, подготовка к итоговому компьютерному тестированию, написание рефератов по следующим темам модуля. | 23 |
|  | **ИТОГО** |  | 270 |

**9. Форма организации занятия** - обучающий практикум.

**10. Средства обучения**:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, ситуационные задачи, тестовые задания.),

- материально-технические (показ слайдов и таблиц с помощью компьютерной техники),

- письменные задания по заполнению медицинской документации,

-альбом медицинской документации, которая требуется для направления на МСЭ.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Давыдкин, И.Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - ISBN 978-5-9704-5545-6. - Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455456.html> (дата обращения: 17.10.2022). ‒ Режим доступа: по подписке.

**Дополнительная:**

1. Майко О.Ю., Ткаченко И.В. «Медико-социальная экспертиза и реабилитация лиц с ограниченными возможностями. Учебное пособие для студентов с грифом РИС ОрГМУ №494 от 16.06.2016 г.-Оренбург, 2016.-103 с. (электр. в ВЭБС).

2. Нормативные документы, регулирующие порядок медико-социальной экспертизы:

1.Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 декабря 2020 года №979 н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

2.Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями социальной экспертизы».

3.Постановление Правительства РФ № 588 от 5 апреля 2022 года «О признании лица инвалидом».

4.Приказ Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты РФ № 488н/551н от 12 августа 2022 года «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу и порядка ее заполнения».

5. Приказ министерства труда и социальной защиты от 5 марта 2021 г №106н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

6. Приказ министерства труда и социальной защиты от 13 июня 2017 г №486н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА, ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, ВЫДАВАЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МСЭ, И ИХ ФОРМ».

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 5 марта 2021 №107н "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СРОКОВ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗАМИ И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ.

**Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы – Интернет-ресурсы:**

1. URL: med-info.ru
2. URL: medbe.ru
3. URL: cutw.ru

**11.Оценивание обучающегося на собеседовании.**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Оценка (пятибалльная)**  | **Требования к знаниям**  |
| **отлично**  | «Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания программы дисциплины, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации  |
| **хорошо**  | «Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие/серьезные знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации. Но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к применению их в нестандартной ситуации  |
| **удовлетворительно**  | «Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации  |
| **неудовлетворительно**  | «Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации  |

**Критерии оценки работы студента на клинических практических занятиях при решении ситуационных задач:**

**«5» отлично –** студент решил задачу правильно и обосновал свой ответ.

**«4» хорошо** – студент решил задачу правильно, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

**«3» удовлетворительно** – студент частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.

**«2» неудовлетворительно** – студент не решил задачу.

**Критерии оценки тестирования:**

**Балл по 100-балльной системе % выполнения задания**

«5» (отлично) 91-100

«4» хорошо 81-90

«3» удовлетворительно 71-80

«2» неудовлетворительно 0-70

Составитель:

Д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии О.Ю. Майко

Дата: 09.12.2022 год.

**ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ**

**Тестовые задания**

**ПРИМЕР**

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

Дайте экспертное заключение о трудоспособности пациента с выраженными нарушениями функций сердечно-сосудистой системы и ограничением жизнедеятельности II-III степени

1. Трудоустроить через ВК
2. Признать инвалидом 1-й группы
3. Признать инвалидом 2-й группы
4. Признать трудоспособным

**Задачи по экспертизе стойкой нетрудоспособности**

**ПРИМЕР**

***Задача***

Пациентка К., 42 лет, образование среднее специальное, работает на обувной фабрике швеей. Год назад впервые появилась боль, чувство утренней скованности, припухлость в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, правом локтевом и коленных суставах, повышение температуры тела до 38°С. Пациентке был поставлен диагноз: Ревматоидный артрит. Назначена терапия метотрексатом (10 мг в неделю) в сочетании с НПВП. Со временем появились суставные девиации на кистях, атрофия межкостных мышц, безболезненные образования на разгибательной поверхности локтевых суставов, лимфоаденопатия, спленомегалия, лейконейтропения). При ЭХО-КГ выявлен выпот в полость перикарда. Отмечено снижение веса на 15 кг. В настоящее время длительность утренней скованности составляет 2-3 часа, СОЭ − 35 мм/ч, СРБ - ++, РФ ++. На рентгенограмме − околосуставной остеопороз, снижение высоты околосуставной щели, множественные узуры, подвывихи в пястно-фаланговых суставах.

 СФОРМУЛИРУЙТЕ ДИАГНОЗ. ПРОВЕДИТЕ ЭКСПЕРТИЗУ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

**Эталоны ответов к задачам**

***Ответ к задаче***

Ревматоидный артрит, серопозитивный, развернутая стадия, II степени активности, с системными проявлениями (амиотрофия, перикардит, ревматоидные узелки, синдром Фелти: лимфоаденопатия, спленомегалия, лейконейтропения), эрозивный (рентгенологическая стадия III), ФК III.

Пациентка нуждается в установлении II группы из-за выраженного нарушения функции суставов (ФК III); III рентгенологической стадии изменений в суставах; II степени активности заболевания; наличия системных проявлений заболевания, которые привели к ограничению способности к трудовой деятельности III степени (не способна выполнять трудовую деятельность), при этом она еще не утратила способность обслуживать себя.