

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Территориальный орган Росздравнадзора по Оренбургской области

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской
области» Минтруда РФ

**Вопросы медико-социальной экспертизы в
практической деятельности специалистов
учреждений здравоохранения
Информационное письмо**

Оренбург 2014

УДК [614.2:616-036.865] (07)

ББК 51.1(2Рос), 3

В 74

Борщук Е.Л., Васильев Е.А., Волобоева Т.В., Мирошников М.А., Смагина Т.Н., Баянова Н.А., Семенова Л.В.

Вопросы медико-социальной экспертизы в практической деятельности специалистов учреждений здравоохранения. Информационное письмо. – Оренбург, 2014. – 54 с.

В письме рассматриваются основные вопросы, связанные с организацией медико-социальной экспертизы по определению инвалидности в Российской Федерации. Приведена необходимая теоретическая информация для расчета показателей инвалидности и представлена динамика показателей инвалидности населения РФ и ее субъекта Оренбургской области.

Даны основные определения понятий, вопросы для самоподготовки, тестовые задания для контроля полученных знаний.

Информационное письмо может быть рекомендовано аспирантам медицинских ВУЗов, клиническим ординаторам и практическим врачам в качестве источника информации при изучении вопросов медико-социальной экспертизы и вопросов, связанных с состоянием инвалидности по обращаемости населения РФ и Оренбургской области в период 2003-2012 гг.

Рецензенты:

Багирова Г.Г., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Оренбургской государственной медицинской академии» Минздрава РФ.

Кузьмин С.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры медицины катастроф ГБОУ ВПО «Оренбургской государственной медицинской академии» Минздрава РФ.

Насонова И.М., главный внештатный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности министерства здравоохранения Оренбургской области.

Рассмотрено и рекомендовано к печати Советом по внедрению достижений медицинской науки в практику здравоохранения министерства здравоохранения Оренбургской области

Оглавление

Введение	4
Основные определения и понятия	7
Инвалидность населения РФ и Оренбургской области	11
Порядок направления граждан на МСЭ	18
Законы и нормативные акты, регламентирующие деятельность МСЭ	26
1. Международные акты	26
2. Законодательные акты РФ	28
3. Акты Правительства РФ. Акты Министерств и ведомств РФ	28
Заключение	49
Вопросы для самоконтроля	50
Тесты для самоконтроля	51
Ответы к тестам	52
Литература	53

Введение

Инвалидность населения является медицинской, социальной, экономической, демографической и правовой проблемой и выступает не только индикатором состояния здоровья нации и уровня социально-экономического развития страны, но и индикатором социальной политики государства.

Основные факторы и причины, влияющие на динамику инвалидности:

1. Постоянно действующие факторы, которые достаточно статичные и обусловлены макроэкономическими факторами и уровнем развития общества:

- состояние окружающей среды (экология) – инвалидность тем выше, чем больше сбросы загрязненных или недостаточно очищенных вод, выбросы твердых, газообразных веществ в атмосферу, особенно серы, азота и углерода, и тем выше, чем ниже капитальные вложения на охрану атмосферного воздуха, водных ресурсов, земель и др.;
- уровень социально-экономического развития региона – инвалидность выше при низких денежных доходах, высоком проценте рабочих и служащих с вредными условиями труда, неудовлетворительном образе жизни, малых капитальных вложениях в производственную и непроизводственную сферу;
- демографическая ситуация – инвалидность выше, когда смертность превышает рождаемость, меньше процент населения трудоспособного возраста и большой удельный вес лиц пенсионного возраста.

2. Динамические факторы, которые в определенной степени связаны с деятельностью органов здравоохранения и социальной защиты:

- заболеваемость - инвалидность тем выше, чем выше заболеваемость;
- деятельность органов здравоохранения по профилактике и раннему выявлению заболеваний, диспансеризации и лечению, доступности санаторно-курортного лечения, созданию условий для социальной интеграции и компенсации ограничений жизнедеятельности инвалидов.

На данный период в РФ инвалидность на 30% зависит от демографического состава населения, на 24% от социально-экономического состояния, на 20% от заболеваемости, на 8% от экологии, на 5% от деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и на 13% от деятельности лечебно-профилактической сети.

3-м фактором является нормативно-правовая база по проблемам инвалидности, законы и постановления правительства по социальной защите и повышению качества жизни различных категорий инвалидов.

Существенное увеличение первичной инвалидности (+22,4%) отмечено в 1975 году – год принятия Инструкции о порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте №1960 – СН. Инструкция обусловила массовые обращения во ВТЭК лиц данной категории.

2-й пик зарегистрирован в 1985 году. Значительный прирост (+81,9%) был обусловлен принятием в 1984 году постановления ЦК КПСС и Совмина СССР №812 «О мерах по дальнейшему улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной войны», которое способствовало увеличению количества лиц, претендующих на связь инвалидности с пребыванием на фронте.

3-й пик – в 1995 году (+19,8%). Темп прироста вызван Федеральным Законом "О социальной защите инвалидов" №181-ФЗ, гарантирующим определенные льготы инвалидам.

4-й пик отмечен в 2004 году (+38,7%). Увеличение инвалидности последовало за введением Закона «О трудовых пенсиях в РФ» и введением Федерального Закона №122-ФЗ, положившего в основу пенсионного обеспечения оценку ограничений способностей гражданина к трудовой деятельности. Рост первичной инвалидности преимущественно обеспечили лица пенсионного возраста.

На современном этапе общественного развития Правительство Российской Федерации выделяет следующие проблемы инвалидности в России:

1. Высокая инвалидизация населения на фоне его устойчивой и долговременной убыли и старения. Ежегодно около 1 млн человек впервые признаются инвалидами. Если в 1992 г. в России было 3,98 млн инвалидов, то по состоянию на 2012 г. их численность составила 13,1 млн человек.

2. Ведущей причиной инвалидизации взрослого населения являются сердечно – сосудистые заболевания.

3. Низкие показатели полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Лица с ограниченными возможностями являются той социальной категорией граждан, которая требует внимания мировой общественности. Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г., установила международные обязательства государств – участников в области эффективной системы социальной поддержки лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации. В Российской Федерации Конвенция ООН о правах инвалидов ратифицирована федеральным законом 3 мая 2012 г. №46-ФЗ.

Учитывая продолжающийся демографический кризис с старением населения, рост заболеваемости системы органов кровообращения, низкие показатели реабилитации инвалидов и их интеграцию в общество, а также основное направление Конвенции, в РФ в 2011 году была принята

государственная программа «Доступная среда» на 2011-2015 годы. Одной из первозадач госпрограммы является совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов через повышение качества и объективности, доступности и эффективности экспертных и реабилитационных услуг.

Основная функция федеральных государственных учреждений, осуществляющих медико-социальную экспертизу – это определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза проводится в строгом соответствии с действующими законодательствами, утвержденными критериями и классификациями.

Основная составляющая эффективности медико-социальной экспертизы - единый подход к решению экспертных вопросов в ЛПУ и в учреждениях медико-социальной экспертизы.

Задачи методического пособия «Вопросы медико-социальной экспертизы в практической деятельности специалистов учреждений здравоохранения»:

1. Помочь специалистам лечебной сети сформировать целостное представление об инвалидности и медико-социальных, а также организационно-правовых проблемах, формирующих и влияющих на показатели инвалидности населения.

2. Способствовать пониманию значимости инвалидности как медико-социальной проблемы в условиях, когда согласно Концепции совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, проблема инвалидности из категории «социальной» перешла в категорию «национальной безопасности».

3. Ознакомить со статистическими данными инвалидности в РФ и Оренбургской области.

4. Способствовать критическому анализу информации, связанной с вопросами инвалидизации общества.

5. Дать возможность использовать информационно-аналитические данные по основным проблемам инвалидизации населения в работе по охране общественного здоровья.

6. Повысить качество экспертизы стойкой утраты трудоспособности и оценки реабилитационного потенциала лиц с ограниченными возможностями.

7. Проводить в медицинских организациях рациональный отбор граждан на медико-социальную экспертизу, руководствуясь в оценке ограничений жизнедеятельности едиными критериями с учреждениями медико-социальной экспертизы.

8. Минимизировать конфликтные ситуации, спровоцированные неверным определением показаний для направления граждан на медико-социальную экспертизу.

Основные определения и понятия.

Адаптационный потенциал – степень скрытых возможностей субъекта оптимально включаться в новые или изменяющиеся условия окружающей и социальной среды. Адаптационный потенциал связан с адаптационной подготовкой – накоплением человеком опыта организованной активности приспособления к социальным условиям.

Беспомощность – состояние, при котором человек лишен возможности самостоятельно и активно создавать для себя условия, обеспечивающие существование и предохраняющие его жизнь и здоровье от опасных внешних воздействий.

Жизнедеятельность – интегральная деятельность организма человека, позволяющая вести образ жизни, считающийся нормальным для человека.

Заболевание – факт возникновения болезни у отдельного человека.

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

Зависимость от других – подчиненность другим людям, чужой воле и власти при отсутствии самостоятельности и свободы.

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.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный на основе решения федеральной государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная реабилитация инвалида – необходимость учета конкретных условий возникновения, развития и возможностей исхода инвалидности у данного индивида.

Интеграция – процесс, при котором инвалиды и другие члены общества, имеющие ограниченные возможности здоровья, интеллекта и др., не являются социально обособленными или изолированными, а участвуют во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными.

Качество жизни – содержательная сторона образа жизни и условий жизнедеятельности индивида, степень комфортабельности его жизненной среды. Интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии.

Квалификационная категория – группа лиц (предметов, явлений), объединенная общностью пригодности к какому-либо труду, профессии, специальности.

Клинико-функциональный диагноз – название болезни (травмы), включающее этиологию, стадию и тип течения, наличие и степень выраженности нарушенных функций организма и возможности их восстановления и компенсации.

Клинический прогноз, виды:

- **благоприятный** – возможна стабилизация процесса или улучшение состояния здоровья, уменьшение нарушений функций организма, приводящих к нарушению жизнедеятельности;

- **неблагоприятный** – невозможна стабилизация состояния здоровья, остановка прогрессирования патологического процесса и уменьшение степени нарушений функций организма;

- **сомнительный** – неопределенный.

Компенсация нарушенных функций – сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций, развитие замещающих навыков, позволяющих выполнять социально-значимые функции, ранее недоступные инвалиду вследствие дефекта.

Комплексность этапов реабилитации инвалидов – обязательное соблюдение принципов системности, преемственности, междисциплинарности протяжения всего процесса реабилитации (взаимосвязь медицинских, психофизиологических, профессиональных, санитарно-гигиенических, психолого-педагогических, правовых, социально-средовых аспектов).

Контрольное освидетельствование инвалида – освидетельствование, осуществляемое вышестоящей инстанцией (главным бюро МСЭ) с целью проверки правильности решения нижестоящей инстанции (бюро МСЭ) или наблюдения за правильностью решения и реализации мер социальной защиты, включая реабилитацию.

Коррекция – система педагогических и лечебных мероприятий и процессов, направленных на преодоление и ослабление недостатков психического и физического развития, наступивших в результате заболевания.

Лицо, признанное инвалидом – больной, освидетельствованный в учреждении МСЭ и которому определено в установленном порядке наличие инвалидности (лицам до 18 лет категории «ребенок-инвалид», лицам старше 18 лет – одна из трех групп инвалидности).

Лицо с ограниченными возможностями – человек, инвалид, страдающий временными или постоянными врожденными или приобретенными пороками, не позволяющими ему самостоятельно и в полной мере реализовать свой потенциал при взаимодействии с различными барьерами.

Медико-социальная реабилитация инвалида – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию

ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации.

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

Прогноз восстановления функций – научно обоснованное предположение о степени восстановления функциональных возможностей органа или системы органов, пораженных патологическим процессом.

Прогноз трудовой – научно обоснованное предположение о будущей трудоспособности больного с определением формы труда, доступной и безвредной при его состоянии здоровья.

Реабилитационный потенциал — это комплексное понятие, включающее психофизиологический, социальный и психологический компоненты. Определение реабилитационного потенциала необходимо для прогнозирования динамики реабилитационного процесса.

Реабилитационный прогноз, возможности устранения или компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма до восстановления социального статуса с социальной независимостью и социальной адаптацией. Виды реабилитационного прогноза:

- **благоприятный** — имеется возможность полного или частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности;
- **относительно благоприятный** — имеется возможность частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности при уменьшении степени их ограничений или стабилизации;
- **неблагоприятный** — отсутствует возможность восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и уменьшения степени их ограничений.

Статистические показатели инвалидности:

Уровень инвалидности – числовое выражение, характеризующее распространенность инвалидов в определенной группе (среде) населения. Рассчитывается на 10 тыс. населения соответствующей группы.

Реабилитации инвалидов:

- **показатель полной реабилитации инвалидов** – уд. вес лиц, которым при переосвидетельствовании инвалидность не подтверждена в общем числе переосвидетельствованных инвалидов;
- **показатель частичной реабилитации инвалидов** – уд. вес лиц, которые при переосвидетельствовании переведены из I и II группы в III группу инвалидности в общем числе переосвидетельствованных инвалидов I и II групп;

• **показатель суммарной реабилитации инвалидов** – уд. вес лиц, которые при переосвидетельствовании не признаны инвалидами и которые были переведены из I и II группы в III группу в общем числе переосвидетельствованных инвалидов.

Показатель стабильности инвалидности - уд. вес инвалидов в возрасте 18 лет и старше, которым при переосвидетельствовании подтверждена та же группа инвалидности в общем числе переосвидетельствованных инвалидов этого возраста. Показатель может быть как суммарным, так и показателем I, II, III группы в отдельности. Показатель стабильности детей-инвалидов – это уд. вес детей-инвалидов, которым при переосвидетельствовании подтверждена инвалидность в общем числе переосвидетельствованных инвалидов категории «ребенок-инвалид».

Показатель утяжеления инвалидности - уд. вес инвалидов II - III групп, которые при переосвидетельствовании переведены в более тяжелую группу в общем числе переосвидетельствованных инвалидов II - III группы. Показатель может быть как суммарным, так и показателем только второй или только третьей группы.

Инвалидность населения Российской Федерации и Оренбургской области

В соответствии с «Методическими положениями по статистике» Госкомстата России (1996 г.) органы государственной статистики различают общую инвалидность и инвалидность по обращаемости.

Общая инвалидность характеризует контингент инвалидов, состоящих на учете в территориальных отделениях Пенсионного Фонда России, независимо от времени признания его инвалидом. Статистические данные общей инвалидности формируются из отчетной формы №94 «Пенсия».

Учреждения МСЭ ведут статистический учет инвалидности по обращаемости, которая включает в себя граждан с впервые установленной инвалидностью и инвалидов, которым при переосвидетельствовании статус инвалида был подтвержден. Статистические данные инвалидности по обращаемости ограничены одним отчетным годом.

Предоставление государственной услуги «проведение медико-социальной экспертизы» осуществляется на основе комплексной оценки клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных гражданина. Для признания гражданина инвалидом необходимы 3 составляющие. Во-первых, наличие стойкого расстройства функций организма. Во-вторых, ограничения жизнедеятельности (полной или частичной утраты способности или возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения, ориентирования, общения, контроля своего поведения, обучения или занятия трудовой деятельностью). В-третьих, наличие необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Все перечисленные условия взаимосвязаны (расстройства функций организма ведут к ограничениям жизнедеятельности, которые, в свою очередь, ведут к необходимости в мерах социальной защиты и реабилитации).

Результатом оказания государственной услуги является:

- при установлении инвалидности – выдача справки, подтверждающей факт установления инвалидности (при отказе в установлении инвалидности – выдача (по желанию гражданина) справки о результате медико-социальной экспертизы)
- разработка индивидуальной программы реабилитации (ИПР) с определением видов, форм, сроков и объемов мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. ИПР разрабатывается на срок установленной инвалидности (год, 2 года, 5 лет, бессрочно или в категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 18 лет). Исполнитель проведения реабилитационных мероприятий определяется в зависимости от ведомственной принадлежности, например, учреждение социальной защиты населения, здравоохранения, ФСС.

Статистическое изучение инвалидности позволяет выявлять закономерности массовых явлений, оказывающих на здоровье населения. На основе анализа динамики уровня, причин и структуры инвалидности разрабатываются целевые программы профилактики инвалидности, определяются меры и финансовые затраты на социальную защиту инвалидов.

Для характеристики общественного здоровья населения применяются, в первую очередь, показатели первичной инвалидности, ее структуры по полу, возрасту, социальным причинам, тяжести (группам инвалидности), классам и группам болезней. Показатели результатов переосвидетельствования (повторной инвалидности) отражают эффективность мер реабилитации, осуществляемых инвалидом при содействии различных реабилитационных учреждений и ведомств.

Первичная инвалидность тесно связана с социально – экономическим положением и изменениями в законодательстве (Таб. 1).

Таблица 1

**Динамика первичной инвалидности населения
РФ и Оренбургской области, 2003-2012 гг., абс, ‰**

<i>абс (тыс.)</i>										
годы	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
РФ	1180,5	1608,1	1851,0	1554,5	1178,8	1033,4	1003,8	959,0	913,3	875,9
область	23,5	23,5	39,5	33,7	26,0	21,5	21,8	16,7	15,5	15,3
<i>уровень на 10 тыс. населения</i>										
РФ	81,9	111,5	129,0	108,9	82,9	72,8	70,7	67,1	63,9	61,1
область	101,1	108,5	183,6	157,4	122,0	101,4	103,3	79,3	73,2	75,8

Пик в 2005 г. вызван монетизацией льгот, ее увеличение в области в 2009 г. (+1,5%) связано с экономическим кризисом.

Уровень инвалидизации населения Оренбургской области стабильно выше среднероссийского уровня.

С 2006 г. динамика первичной инвалидности в России и в ее субъекте «Оренбургская область» позитивная. Позитивна настолько, что областной уровень первичной инвалидности 2012 г. (75,8) практически соответствует уровню 1998 г. (75,5).

Таблица 2

Распределение первичной инвалидности населения РФ и Оренбургской области по возрастной структуре, 2003-2012 гг., ‰

Возрастные группы	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область
детского возраста	7,5	8,6	5,8	7,6	2,8	4,1	5,3	3,9	5,9	4,2	6,5	4,8	6,9	5,4	7,6	5,9	7,8	7,2	8,1	8,3

трудоспо- собного	45,5	46,2	37,8	41,4	30,6	27,8	35,0	30,1	38,5	32,5	41,8	34,4	43,5	40,8	46,6	41,3	45,7	42,7	46,7	42,9
Пенсион- ного	47,0	45,2	56,3	51,0	66,6	68,1	59,7	66,0	55,5	63,2	51,7	60,8	49,5	53,7	45,7	52,8	46,5	50,1	45,1	48,9

В первичной инвалидности доля лиц пенсионного возраста максимальна (Таб. 2). Наиболее высокий удельный вес этой возрастной группы отмечен в 2005 г. (РФ – 66,6%, область – 68,1%), что обусловлено действием Федерального Закона №122 – ФЗ и еще раз подтвердило связь первичной инвалидности с изменениями в законодательстве. С отдаленностью действия Федерального Закона №122 – ФЗ уд. вес первично вышедших на инвалидность в пенсионном возрасте уменьшается (2012 г.: РФ - 45,1%, область – 48,9%). Перераспределение долей идет в сторону увеличения доли инвалидов категории «ребенок-инвалид» и инвалидов трудоспособного возраста, в большей степени детей – инвалидов. С 2005 г. до 2012 г. доля инвалидов категории «ребенок-инвалид» в РФ увеличилась с 2,8% до 8,1%, в области – с 4,1% до 8,3%.

Динамика первичной инвалидности по возрастной структуре более наглядна по уровню на 10 тыс. соответствующего населения (Таб. 3).

Таблица 3

Динамика уровня первичной инвалидности населения РФ и Оренбургской области по возрастной структуре, 2003-2012 гг., ‰

Возраст- ные группы	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область
детского возраста	29,4	37,0	31,3	35,5	28,8	34,1	29,0	28,6	26,0	24,8	25,4	24,6	26,8	28,5	28,3	24,2	27,4	26,9	26,9	31,2
трудоспо- собного	63,3	81,9	62,1	77,7	66,3	86,7	63,6	79,5	52,9	66,0	50,3	57,8	50,9	69,7	51,4	54,3	48,9	51,9	47,0	55,9
пенсион- ного	189,8	233,5	320,3	288,3	422,5	653,9	319,1	545,0	229,9	339,7	179,6	315,1	165,3	280,3	145,7	207,3	138,4	181,8	126,2	169,9

Отмечается убыль уровня первичной инвалидности в трудоспособном и пенсионном возрасте, как в РФ, так и в области, особенно активно в пенсионном возрасте. Динамика уровня первичной инвалидности детского населения перманентна. В динамике 2011-2012 гг. в РФ уменьшение с 27,4 до 26,9, в области увеличение с 26,9 до 31,2 (+13,9%).

В анализируемом периоде Оренбургская область с 2005 г. по 2008 г. входила в первую десятку регионов РФ с максимально высоким уровнем

первичной инвалидности взрослого населения (2005 г. - 5-е ранговое место, 2006 г. – 6-е, 2007 г. – 7-е, 2008 г. – 5-е). В 2009 год – год финансового кризиса, область поднялась до 4-го места. С 2010 г. темп инвалидизации взрослого населения области снижается, что убедительно подтверждается 19-м местом в 2010-2012 гг. из 83-х возможных.

Динамика рангового места области по уровню первичной инвалидности трудоспособного населения с 2005 г. по 2010 г.: 15-е, 22-е, 20-е, 21-е, 9-е, 33-е место. В 2011 г. – 34-е.

По первичной инвалидности населения пенсионного возраста область лидирует в РФ: 2005 г. – 8-е ранговое место, 2006 г. – 5-е, 2007 г. – 3-е, 2008 г. – 2-е, 2010 г. - 5-е, 2011 г. - 11-е.

По уровню первичной детской инвалидности область до 2011 г. входила в первую треть субъектов РФ. В 2008г. – 24-е ранговое место, 2009 г. – 19-е, в 2010 г. – 39-е. С 2011 г. динамика отрицательная с переходом области с 39-го места на 19-е, а в 2012 г. уже на 8-е.

В возрасте 18 лет и старше инвалидность устанавливается с дифференциацией на группы, которые определяются в соответствии с тяжестью стойких ограничений жизнедеятельности. Ограничений жизнедеятельности должно быть не менее 2-х видов в различных сочетаниях.

В возрасте до 18 лет дифференциация на группы не предусмотрена. Для установления статуса «ребенок – инвалид» достаточно наличия одного ограничения жизнедеятельности любой категории и любой степени выраженности.

Установление в первичной инвалидности II-I группы и, в большей степени, I группы, по сути, является отрицательным интегральным коэффициентом деятельности системы здравоохранения в части выявляемости заболеваний, эффективности диспансеризации и свидетельствует о направлении на МСЭ в стадии грубых необратимых изменений, когда уже больному требуется постоянный посторонний уход.

Таблица 4

Структура первичной инвалидности населения РФ и Оренбургской области по тяжести, 2003-2012 гг., %

Группы	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	
I	данных нет		12,1	11,3	9,6	10,7	10,1	9,4	8,7	9,6	8,9	10,5	9,6	11,7	10,9	15,3	17,3	15,6	17,3	15,9	17,9
II			62,3	63,9	62,9	59,9	68,8	54,7	67,2	53,5	64,3	52,2	62,9	49,8	56,9	43,9	45,6	41,9	45,6	40,9	43,7
III			25,6	24,8	27,5	29,4	21,1	35,9	24,0	36,8	26,8	37,4	27,6	38,5	32,2	40,8	37,1	42,5	37,1	43,2	38,4

Чаще в первичной инвалидности сразу устанавливается II группа (Таб. 4). Ее динамика практически полностью соответствует динамике первичной инвалидности лиц пенсионного возраста. Максимальный уд. вес лиц пенсионного возраста в первичной инвалидности взрослого населения приходится на 2005 г. – год активного введения в жизнь Федерального Закона №122 – ФЗ (в РФ - 68,5%, в Оренбургской области - 71%). И максимальный удельный вес инвалидов II группы приходится на этот же год (РФ - 59,9%, область - 68,8%).

Закономерно, что доля инвалидов I группы в первичной инвалидности наименьшая. Рост с 2010 г. удельного веса в РФ и в области стимулировано изменением законодательства в части классификаций и критерий с отменой степеней ограничений трудовой деятельности (ОСТД) (приказ Минздравсоцразвития от 23.12.2009 г. №1013н), которые были введены 13 сентября 2005 г. Однако необходимо подчеркнуть, что до введения ОСТД уд. вес инвалидов I группы был значительно ниже, чем после его введения, когда части инвалидам с ОСТД 3 степени стала устанавливаться не I, а II группа (2004 г.: РФ – 11,3%, область – 9,6%; 2009 г.: РФ – 11,7%, область – 10,9%). Это опосредованно свидетельствует о неблагополучии в деятельности учреждений здравоохранения.

В анализируемом периоде в области до 2010 г. уд. вес инвалидов I группы был ниже среднероссийского. С 2010 г. отмечена негативная тенденция – уд. вес инвалидов I группы выше, чем в РФ. В 2012 г. в области – 17,9%, в РФ – 15,9%.

Установление III группы свидетельствует о своевременности направления на медико-социальную экспертизу и в прогностическом плане инвалиды именно этой группы более перспективны для полноценного возвращения в социум. В динамике доля инвалидов III группы с ростом и в РФ и в области. Однако областной показатель стабильно ниже среднероссийского. В 2012 г. в области – 38,4%, в РФ – 43,2%.

Таблица 5

Уровень первичной инвалидности взрослого населения РФ и Оренбургской области по тяжести, 2003-2012 гг., ‰

Группы	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	
I	данных нет		14,6	14,4	16,3	16,9	22,9	12,1	16,8	9,3	13,1	8,8	11,5	9,4	13,3	11,7	14,9	11,3	14,6	11,0	15,6
II			75,2	81,8	83,6	94,0	155,4	70,2	129,2	51,5	94,6	43,6	75,9	40,1	69,3	33,6	45,7	30,5	39,0	28,2	38,0
III			30,9	31,7	30,3	46,2	47,6	46,0	46,2	35,4	39,4	31,2	33,3	31,1	39,1	31,2	32,0	30,9	31,4	29,8	33,4

Областной уровень инвалидов всех групп выше среднероссийского (Таб. 5).

По уровню I группы область неизменно входит в 15 неблагополучных регионов РФ, кроме 2-х лет (2008 г., 2010 г.). Динамика рангового места уровня I группы: 2005 г. – 5-е, 2006 г. – 11-е, 2007 г. – 14-е, 2008 г. – 16-е, 2009 г. – 12-е, 2010 г. – 16-е, 2011 г. – 14-е.

Уровень II группы значительно выше среднероссийского. С 2005 г. по 2009 г. область входила в первую 5-ку лидеров в РФ (2005 г. – 3-е ранговое место, 2006 г. – 5-е, 2007 г. – 3-е, 2008 г. – 5-е, 2009 г. – 3-е). В 2010 г. за область 7-е место, в 2011 г. – 9-е.

Областной уровень III группы почти соответствует среднему уровню по РФ. 2005 г. – 39-е ранговое место, 2006 г. – 38-е, 2007 г. – 32-е, 2008 г. – 30-е, 2009 г. – 17-е, 2010 г. – 36-е, 2011 г. – 30-е.

Таблица 6

**Структура первичной инвалидности взрослого населения
РФ и Оренбургской области по приоритетным классам болезней,
2003-2012 гг., %**

Классы болезней	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область
БСК	47,1	44,0	54,6	47,2	54,7	54,5	51,2	52,6	48,1	50,0	44,6	48,2	41,3	47,6	39,2	46,0	37,4	41,9	36,3	41,3
ЗН	13,3	13,3	11,6	12,6	11,1	9,9	13,0	10,8	15,5	13,0	17,6	14,8	19,5	16,8	20,3	20,3	21,9	23,3	22,9	23,8
БКМС	7,2	7,2	6,8	7,7	7,4	9,8	8,0	7,3	8,1	6,4	8,4	5,7	8,8	5,6	9,4	9,0	9,7	6,1	10,0	6,3

Ведущей причиной инвалидизации взрослого населения РФ и Оренбургской области являются болезни системы кровообращения (БСК) (Таб. 6). Максимальный уд. вес впервые вышедших на инвалидность вследствие БСК наблюдался в 2005 г. (РФ – 54,7%, область – 54,5%). Все последующие годы уд. вес БСК как причины инвалидности с динамикой убывали, но их доля остается наиболее высокой (2012 г.: РФ - 41,3%, область - 41,2%). БСК являются преимущественной причиной инвалидности лиц пенсионного возраста (РФ 2005 г. – 65,5%, 2011 г. – 45,8% (данных за 2012 г. нет); область 2005 г. – 64,7%, 2012 г. – 50,9%).

Отмечается рост уд. веса впервые вышедших на инвалидность вследствие злокачественных новообразований (ЗН). В РФ с 11,1% (2005 г.) до 22,9% (2012 г.), в области с 9,9% (2005 г.) до 23,8% (2012 г.).

Рост инвалидизации вследствие болезней костно-мышечной системы (БКМС) зарегистрирован в РФ (с 6,8% (2004 г.) до 10% (2012 г.)). В области

динамика неровная и без какой либо тенденции, в 2010 г. максимальный уд. вес (9%), в 2009 г. минимальный (5,6%).

Более наглядна динамика причин первичной инвалидности взрослого населения по уровню (Таб. 7).

Таблица 7

Динамика уровня приоритетных причин первичной инвалидности взрослого населения РФ и Оренбургской области, 2003-2012 гг., ‰

Классь болез- ней	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область
БСК	45,1	53,1	69,9	61,1	85,9	123,1	65,7	101,1	46,3	73,6	37,3	58,2	33,3	57,9	29,9	42,6	27,2	35,4	25,1	35,9
ЗН	12,7	16,1	14,9	16,4	17,5	22,3	16,7	20,8	14,9	19,2	14,7	17,9	15,7	20,5	15,5	18,8	15,9	19,7	15,8	20,7
БКМ С	6,9	8,7	8,7	10,0	11,5	15,3	10,3	14,0	7,8	9,4	7,0	6,8	7,1	6,8	7,2	5,0	7,1	5,2	5,5	6,9

Максимальный уровень первичной инвалидности вследствие БСК в РФ и в области в 2005 г. Все последующие годы регистрируется убыль. Кратность убыли в РФ и в области одинаковая – в 3,4 раза. В РФ с 85,9 (2005 г.) до 25,1 (2012 г.), в области с 123,1 до 36,9 соответственно.

Область по БСК в 2005-2006 гг. занимала 11-е ранговое место, с 2007 г. по 2010 г. – 4 года входила в первую десятку субъектов РФ с наиболее высоким уровнем (2007 г. – 6-е, 2008 г. – 5-е, 2009 г. – 3-е, 2010 г. - 9-е). В 2011 г. область перешла с 9-го места на 12-е, а в 2012 г. вернулась на позиции 2007 г. (6-е). В РФ первично признанным инвалидам вследствие БСК чаще устанавливалась III группа (2011 г. - 46,4%). В области же чаще устанавливалась сразу II группа (2011 г. - 51,2%, 2012 г. – 47,7%). Установление в регионе сразу II группы инвалидности свидетельствует о низких показателях первичной и повторной профилактики сердечно-сосудистой патологии, в т.ч. диспансеризации, недостаточном использовании в лечении больных новейших методик и технологий, таких как эндоваскулярная реваскуляризация миокарда группе высокого риска развития инфаркта миокарда.

Как в РФ, так и в области динамика уровня первичной инвалидности вследствие ЗН и БКМС неоднозначна. Небольшой рост по ЗН в 2005 г. в РФ до 17,5, в области до 22,3 сменяется умеренной убылью с минимальным значением в 2008 г. в РФ (14,7), в области (17,9). Пик уровня первичной инвалидности вследствие БКМС также приходится на 2005 г. (РФ – 11,5, область – 15,3). Минимальное значение уровня в РФ в 2012 г. (5,5), в области в 2010 г. (5,0).

Во все анализируемые годы областной уровень первичной инвалидности вследствие ЗН и БКМС выше.

Начиная с 2005 г., область лишь 2 года не входила в десятку неблагополучных субъектов РФ по первичной инвалидности вследствие ЗН (2008 г. – 13-е ранговое место, 2010 г. - 14-е). В остальные же годы занимала от 4-го до 9-го места (2005 г. – 6-е, 2006 г. – 8-е, 2007 г. – 4-е, 2009 г. – 5-е, 2011 г. - 9-е, 2012 г. – 7-е).

Обращает внимание, что в области уд. вес инвалидов I группы в первичной инвалидности вследствие ЗН более высокий, чем в РФ. Если в РФ в 2011 г. I группа установлена в 29,2% случаях первичной инвалидности вследствие ЗН, то в области в 2011-2012 гг. - в 38,7% и в 40,2% случаях соответственно. Высокие показатели I группы в области с повышением уд. веса (38,7%→40,2%) и уровня (7,6→8,3 (+8,4%)) являются убедительным аргументом учащения выявления онкопатологии в запущенной, неоперабельной стадии.

В регионе актуальность БКМС как причины инвалидности постепенно снижается с перемещением рангового места среди других субъектов РФ с 18-го (2006 г.) на 54-е (2010 г.). В 2011 г. – на 40-е (за 2012 г. данных нет). И, несмотря на незначительный рост уровня в динамике 2011-2012 гг. (5,2→5,5), обращает внимание факт перелома и другой важной проблемы. Начиная с 2005 г. в области преимущественно сразу устанавливалась II группа инвалидности, тогда как в РФ III-я. Такое различие сохранялось до 2011 г. Показатели уд. веса II группы 2011 г.: РФ – 40,8%, область - 54,2%. В 2012 г. уд. вес II группы в области уменьшился в 2 раза (24,7%). А уд. вес III - й группы составил 72,3%. По полученным данным можно судить о прорыве ЛПУ как в массовом применении новых технологий в методах лечения, так и в своевременном направлении на МСЭ.

Если основные причины инвалидизации взрослого населения в Оренбургской области те же, что и в РФ, то в детском населении есть региональная особенность (Таб. 8).

Таблица 8

Основные причины первичной инвалидности детского населения РФ и Оренбургской области, 2003-2012 гг., %, ‰

		%																		
Классы болезней	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область	РФ	область
ВА	19,7	18,2	20,3	16,4	20,6	17,4	21,0	18,4	22,6	21,2	22,8	21,4	22,0	20,7	23,1	19,1	22,0	19,4	22,0	18,1
Пр и РП	данных нет	18,8	данных нет	22,8	данных нет	21,1	20,1	25,1	19,8	26,1	19,0	26,3	20,1	29,2	19,6	30,4	19,9	31,1	20,0	30,6

уровень на 10 тыс. соответствующего населения																				
ВА	5,8	6,7	5,9	5,8	5,8	6,0	6,1	5,3	5,9	5,3	5,8	5,8	5,9	5,9	6,5	4,6	6,0	5,2	5,9	5,6
ПР и РП	5,8	7,0	5,5	8,1	5,4	7,2	5,8	7,2	5,1	6,5	4,8	6,6	5,4	8,3	5,5	7,3	5,5	8,4	5,4	9,6

В РФ в структуре причин на 1-м месте врожденные аномалии (ВА), на 2-м – психические расстройства и расстройства поведения (ПР и РП). В области с 1998 г. структурообразующей причиной детской инвалидности являются не ВА, ПР и РП. И если в области уд. вес детей-инвалидов вследствие ВА с 2008 г. уменьшается (2008 г. – 21,4%, 2012 г. – 18,1%), то вследствие ПР и РП увеличивается. Увеличение наблюдается с начала анализируемого периода (2003 г. – 18,8%, 2011 г. – 31,1%). А в РФ нет явной динамики уд. веса ни ВА, ни ПР и РП.

В 2007 г. по уровню первичной детской инвалидности вследствие ПР и РП область заняла 18-е ранговое место в РФ, в 2008 г. - 15-е, 2009-2011 гг. - 9-е, 2012 г. – 5-е.

В РФ стабильно самый высокий уровень первичной детской инвалидности вследствие ПР и РП в возрасте от 4 до 7 лет. В области самый высокий уд. вес и самый высокий уровень в подростковой группе (от 8 до 14 лет). В 2011 г. уд. вес 56,2 %, уровень - 13,5 - 5-е место в РФ. В 2012 г. уд. вес возрастной группы «от 8 до 14 лет» увеличился до 58 %, уровень до 15,9 (+15,1%).

Из ПР и РП инвалидность преимущественно устанавливается вследствие умственной отсталости (код по МКБ-10 F70-F79). В 2011 г. эта патология стала причиной детской инвалидности в РФ в 59 % случаях. В области в 66,4 % случаях с уровнем 5,6 на 10 тыс. детского населения - 6-е ранговое место в РФ. Максимальный уд. вес и в РФ и в области приходится на возраст от 8 до 14 лет: РФ – 56,6 %, область – 72,5 %. Каждый второй ребенок, которому была установлена инвалидность вследствие ПР и РП, имел в возрасте от 8 до 14 лет причину умственная отсталость. В 2011 г. за областью 7-е ранговое место в РФ (за 2012 г. данных нет).

В 2012 г. в области удельный вес детей, впервые вышедших на инвалидность вследствие умственной отсталости, увеличился до 74,5 %, уровень до 14,6 (+21,2%).

По первичной детской инвалидности вследствие ВА область занимает средние позиции. 2008 г. – 31-е ранговое место, 2009 г. – 29-е, 2010 г. – 25-е, 2011 г. – 33-е, 2012 г. – 49-е.

Возрастных отличий в первичной детской инвалидности вследствие ВА нет. Как в РФ, так и в области она чаще устанавливается в возрасте от 0 до 3-х лет. В 2011 г. удельный вес этой возрастной группы в первичной детской инвалидности вследствие ВА: РФ – 76,3%, область – 83,7%.

В соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов – инвалидность – это эволюционирующее понятие и является результатом взаимодействия,

которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Оказание реабилитационных услуг по основным видам определены Федеральным Законом от 10.12.1995 г. №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации». Регламентирует реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации (ТСР) и услуги, предоставляемых инвалиду, Федеральный Перечень, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. №2347-р в редакции от 12.11.2010 г. №1980-р и в редакции от 16.03.2013 г. №216, а также нормативные правовые акты субъектов РФ. В целях повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями на региональном уровне с 2007 года по 2010 год была реализована комплексная целевая программа «Реабилитация инвалидов в Оренбургской области на 2007-2010 годы». Согласно программе инвалиды обеспечивались техническими средствами реабилитации и изделиями, не вошедшими в Федеральный Перечень. В 2011 г. Правительством Оренбургской области утверждена областная целевая программа «Реабилитация инвалидов в Оренбургской области» на 2011-2015 годы», которая еще более расширила Перечень ТСР и реабилитационных услуг.

Обеспечение последовательности, комплексности и непрерывности в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий достигается путем реализации разработанной в бюро медико-социальной экспертизы индивидуальной программы реабилитации (ИПР). Соответственно приказу Минздравсоцразвития от 4 августа 2008 г. №379н учреждения МСЭ разрабатывают ИПР, а реализация рекомендованных мер реабилитации возлагается на различные реабилитационные ведомства. Координация мероприятий по реализации ИПР и оказание необходимого содействия инвалиду в реализации рекомендованных мер осуществляется органом социальной защиты населения. дается лишь Оценка результатов реализации рекомендованных мер реабилитации дается специалистами МСЭ при очередном освидетельствовании инвалида.

Переосвидетельствование инвалида осуществляется по окончании установленного срока инвалидности, который может быть установлен на год, 2 года, 5 лет или до достижения ребенком-инвалидом возраста 18 лет. В случае установления инвалидности без срока переосвидетельствования – по инициативной явке инвалида на переосвидетельствование для изменения тяжести, причины или коррекции имеющейся ИПР. Поэтому учреждения МСЭ могут дать секвестрированную картину состояния реабилитации инвалидов. Целостную картину эффективности межведомственного взаимодействия представляет орган социальной защиты населения, который призван координировать мероприятия по реализации ИПР.

В результате переосвидетельствования на основании выявленных и документально подтвержденных расстройств функций организма, ограничений жизнедеятельности, которые требуют принятие мер социальной защиты, включая реабилитацию, выносится экспертное решение. Варианты результатов переосвидетельствования:

- подтверждена та же группа (стабилизация инвалидности)
- перевод из легкой группы в более тяжелую группу (утяжеление инвалидности)
- частичная или полная реабилитация (перевод из тяжелой группы в легкую группу или не установление инвалидности).

Отслеживание показателей стабилизации и утяжеления инвалидности не предусмотрено мониторинговыми формами. Введены ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» в 2011 г.

В 2011 г. в результате переосвидетельствования 14,4 % инвалидам группа инвалидности была усилена, в 2012 г. – 14,5 %. Подтверждена без изменения в 2011 г. – в 73,5 % случаях, 2012 г. – 70,2%.

В связи с отсутствием информации по эффективности реабилитации по РФ за 2003-2009 гг., сравнительная характеристика областных и среднероссийских показателей проведена лишь за последние три года.

Таблица 9

Показатели эффективности реабилитации инвалидов в возрасте 18 лет и старше в РФ и Оренбургской области, 2003-2012 гг., %

Субъект	Реабилитация	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
РФ	частичная	данных нет							6,6	7,3	7,3
	полная	данных нет							4,6	5,0	7,4
область	частичная	7,3	6,4	7,7	8,9	11,4	5,3	10,4	7,3	7,1	6,8
	полная	2,7	2,6	2,7	4,0	7,2	6,6	6,8	7,8	6,7	6,0

В РФ с 2010 г. наблюдается рост показателей частичной и полной реабилитации и в большей степени полной реабилитации (Таб. 9). Увеличение частичной реабилитации с 6,6 % до 7,3 %, полной с 4,6 % до 7,4 %.

Динамика областных показателей значима с 2004 г. по 2007 г. Рост частичной реабилитации с 2004 г. (6,4 %) до 2007 г. (11,4 %), рост полной с 2,6 % до 7,2 % соответственно. В последующие годы динамика негативная со снижением областных показателей до значений, которые стали даже ниже среднероссийских. Это негативно отразилось и на динамике рангового места области среди других субъектов РФ. Динамика рангового места частичной реабилитации: 2010 г. – 21-е, 2011 г. – 32-е, 2012 г. – 33-е. Полной: 2010 г. – 7-е, 2011 г. – 17-е, 2012 г. – 21-е.

Таблица 10

**Показатели эффективности реабилитации
детей-инвалидов РФ и Оренбургской области, 2003-2012 гг., %**

Субъект	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
РФ	данных нет							5,5	5,3	4,8
область	3,8	3,4	5,5	8,0	10,5	6,2	6,9	7,8	7,0	4,1

Динамика уд. веса реабилитированных детей-инвалидов в общем числе переосвидетельствованных детей-инвалидов отрицательная в РФ (2010 г. – 5,5%, 2012 г. – 4,8 %) и резко отрицательна в Оренбургской области. Региональный показатель 2012 г. (4,1 %) стал ниже показателя 2005 г. (5,5 %). Результат - перемещение с 15-го рангового места (2010-2011 гг.) на 26-е (2012 г.).

Отрицательная динамика показателя утяжеления, снижение показателей реабилитации инвалидов в возрасте 18 лет и старше и особенно реабилитации детей – инвалидов свидетельствует о снижении качества реабилитационных мероприятий. Снижение эффективности реабилитации усугубляется ростом инвалидности в детском возрасте. Негативные результаты накладывают дополнительную ответственность не только на ведомства, участвующие в реализации рекомендованных в программе реабилитации мероприятий, но и на специалистов лечебной сети, которые первые призваны адекватно и в полном объеме определить все меры реабилитации, в которых нуждается инвалид.

До 2012 г. в области самые высокие показатели реабилитации инвалидов в возрасте 18 лет и старше были у инвалидов вследствие туберкулезной инфекции. В 2012 г. лучшие показатели среди инвалидов вследствие злокачественных новообразований. В этой нозологии показатели реабилитации улучшались постепенно. Если в 2010 г. суммарная реабилитация инвалидов вследствие злокачественных новообразований составляла всего 17,8 %, то в 2011 г. уже 22,8 %, в 2012 г. 30,1 % (частичная – 27,6 %, полная – 11,9 %). В динамике 2010-2012 гг. показатель суммарной реабилитации увеличился почти в 2 раза, позитивная динамика почти в равной степени зарегистрирована и в частичной и в полной реабилитации.

Областные показатели реабилитации детей-инвалидов вследствие туберкулезной инфекции продолжают оставаться самыми высокими среди других классов болезней: 2010 г. – 62 %, 2011 г. – 61,8 %, 2012 г. – 68,1 %. А показатели реабилитации взрослых инвалидов вследствие туберкулеза значительно ухудшились: 2010 г. – 45,5 %, 2011 г. – 33,9 %, 2012 г. – 29,7 % (частичная 37 % - 36,6 % - 28,1 %, полная 21,6 % - 14,9 % - 11,7 % соответственно). В 2012 г. показатель суммарной реабилитации ниже, чем в 2010 г. в 1,5 раза.

В реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза огромное значение имеет реализация медицинского раздела. Судя по показателям реабилитации, он более эффективен среди детей и менее эффективен среди взрослых.

Стабильно самые низкие показатели реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств. В динамике 2010-2012 гг. суммарная реабилитация инвалидов в возрасте старше 18 лет 1,2 % - 3,5 % - 1,9 % соответственно. Реабилитация детей-инвалидов – 0,3 % - 0,2 % - 0,3 %.

Ретроспективный анализ состояния инвалидности по обращаемости ежеквартально представляются в федеральные структуры по ведомственной принадлежности, а также в Аппарат полномочного представителя Президента Российской Федерации в ПФО. Ежегодно в заинтересованные ведомства (по запросу), в т.ч. Уполномоченному по правам человека и Уполномоченному по правам ребенка в Оренбургской области, в региональный Минздрав и Министерство социального развития, Всероссийское Общество Инвалидов.

Сигнальная аналитическая информация позволяет своевременно корректировать целевые направления социальной политике в регионе.

Отношения, возникающие при предоставлении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, а также стандарт предоставления услуги, сроки и последовательность административных процедур и административных действий регламентируются обширной нормативно-правовой базой по медико-социальной экспертизе. В данном методическом пособии приведена основополагающая законодательная база, которая необходима для использования в практической деятельности специалистов лечебной сети (см. приложение).

Отношения, возникающие между федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и лечебно-профилактическими учреждениями, прописаны в Постановлении Правительства от 20 февраля 2006 г. N 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 г. N 247, от 30.12.2009 г. №1121, от 06.02.2012 №318) в разделе III. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу:

«П. 16. Организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом в направлении на медико-социальную экспертизу, форма которого утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

П. 18. Организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь... несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

П. 19. В случае если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь... гражданину выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно».

Без качественного оформления направительных документов, максимальной объективности не может быть вынесено верное экспертное решение.

С целью минимизировать выявление различного рода несоответствий во время процедуры медико-социальной экспертизы локальным приказом по ФКУ «ГБ МСЭ по Оренбургской области» введен обязательный просмотр направительных документов. Просмотр осуществляется руководителем бюро МСЭ до регистрации заявления на освидетельствование. Нововведение согласуется с приказом Минкультуры РФ от 08.11.2005 г. №536 «О типовой инструкции по делопроизводству в федеральных исполнительных органах власти». Выявленные несоответствия руководителем бюро МСЭ лично указываются председателю ВК ЛПУ, направившего гражданина на освидетельствование, что значительно снижает конфликтность ситуации, сокращает маршрут освидетельствуемого и время на процедуру МСЭ.

Для укрепления социального партнерства с ЛПУ дополнительно введен ежемесячный мониторинг выявленных несоответствий, в т.ч. мониторинг несоблюдения алгоритма стандартного обследования.

Основные замечания к качеству оформления направительных документов:

1. Завышение тяжести состояния и степени ограничения жизнедеятельности.
2. Нарушение сроков направления на МСЭ.
3. Несоответствия порядка оформления требованиям нормативно-правовой базы.

Для эффективности работы мониторинга полученная информация систематизируется и представляется в региональное министерство здравоохранения в виде обезличенной аналитической статистики с указанием ЛПУ, допустившего несоответствие.

Акценты в анализе делаются на необоснованно направленных граждан на первичное освидетельствование и отправленных граждан с освидетельствования на дообследование.

Аналитическая информация направляется ежемесячно и вызывает у принимающей стороны активный профессиональный интерес с использованием ее данных в целевом ведомственном контроле.

Ниже приводится основная нормативная база, необходимая для использования в практической деятельности врача лечебной сети. В связи с затруднениями, возникающими при оформлении направительных документов, даны рекомендации по заполнению ф. 088/у-06.

Законы и нормативные акты, регламентирующие деятельность МСЭ

1. Международные акты

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов.

Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 48/96 от 20 декабря 1993 год

(Извлечения)

Правило 1. Углубление понимания проблемы

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

Правило 2. Медицинское обслуживание

Государствам следует обеспечить эффективное медицинское обслуживание инвалидов.

1. Государствам следует принять меры для разработки программ раннего обнаружения, оценки и лечения дефектов, осуществлением которых будут заниматься многодисциплинарные группы специалистов. Это позволит предупреждать и сокращать масштабы инвалидности или устранять ее последствия. Следует обеспечить всестороннее участие в таких программах инвалидов и членов их семей на индивидуальной основе, а также организаций инвалидов в процессе планирования и оценки деятельности.

2. Следует организовать подготовку работников местных общин для участия в такой деятельности, как раннее обнаружение дефектов, оказание первой помощи и направление в соответствующие учреждения сферы социального обслуживания.

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

4. Государствам следует обеспечить надлежащую подготовку и оснащение врачей и другого медицинского персонала всем необходимым для медицинского обслуживания инвалидов и обеспечить им доступ к соответствующим методам и средствам лечения.

5. Государствам следует обеспечить, чтобы врачи и другой медицинский персонал получали надлежащую подготовку, с тем чтобы они не предлагали родителям неправильные рекомендации, ограничивающие тем самым выбор для их детей. Этот процесс подготовки должен идти постоянно и основываться на самой последней информации.

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

Правило 3. Реабилитация*

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

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

2. В подобные программы следует включать широкий диапазон мер, в частности базовую подготовку для восстановления или компенсации утраченной функции, консультирование инвалидов и членов их семей, развитие самообеспечения и предоставление, по мере необходимости, таких услуг, как осуществление оценки и предоставление рекомендаций.

3. Все инвалиды, в том числе с высокой степенью инвалидности и/или множественной инвалидностью, нуждающиеся в реабилитации, должны иметь доступ к ней.
4. Инвалиды и их семьи должны иметь возможность участвовать в разработке и осуществлении мер, связанных с их реабилитацией.
5. Все службы реабилитации должны находиться в общинах, в которых проживают инвалиды. Однако в определенных случаях и в конкретных учебных целях могут, если это целесообразно, организовываться специальные временные курсы по реабилитации, при обучении на которых инвалиды будут проживать в соответствующих учреждениях.
6. Следует поощрять участие инвалидов и их семей в работе по реабилитации, например в качестве преподавателей, инструкторов или консультантов.
7. При разработке или оценке программ реабилитации государствам следует использовать опыт организаций инвалидов.

Правило 4. Вспомогательные услуги

Правило 5. Доступность

Правило 6. Образование

Правило 7. Занятость

Правило 8. Поддержание доходов и социальное обеспечение

Правило 9. Семейная жизнь и свобода личности

Правило 10. Культура

Правило 11. Отдых и спорт

Правило 12. Религия

Правило 13. Информация и исследования

Правило 14. Разработка политики и планирование

Правило 15. Законодательство

Правило 16. Экономическая политика

Правило 17. Координация деятельности

Правило 18. Организации инвалидов

Правило 19. Подготовка персонала

Правило 20. Национальный контроль и оценка программ, касающихся инвалидов, при осуществлении Правил

Правило 21. Техническое и экономическое сотрудничество

Правило 22. Международное сотрудничество

Конвенция ООН о правах инвалидов.

Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 61/106 от 13 декабря

2006 год

(Извлечения)

К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

«дискриминация по признаку инвалидности» означает любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью или результатом которого является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех прав человека и основных свобод в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной области. Она включает все формы дискриминации, в том числе отказ в разумном приспособлении;

«разумное приспособление» означает внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся

несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод;

Принципами настоящей Конвенции являются:

- a) уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;
- b) недискриминация;
- c) полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- d) уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;
- e) равенство возможностей;
- f) доступность;
- g) равенство мужчин и женщин;
- h) уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

2. Законодательные акты РФ

**Федеральный закон РФ от 2 августа 1995 года № 122-ФЗ
«О СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ»**

**Федеральный закон РФ от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ
«О СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ»**

**Федеральный закон РФ от 10 декабря 1995 года № 195-ФЗ
«ОБ ОСНОВАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

3. Акты Правительства РФ

**Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ И
УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИНВАЛИДУ»**

**Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95
«О ПОРЯДКЕ И УСЛОВИЯХ ПРИЗНАНИЯ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ»**

**Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240
«О ПОРЯДКЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХНИЧЕСКИМИ
СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ
ГРАЖДАН ИЗ ЧИСЛА ВЕТЕРАНОВ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ
ПРОТЕЗОВ), ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ»**

4. Акты Министерств и ведомств РФ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. N 1013н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

Приложение

КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

I. Общие положения

1. Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основные виды нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности; основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

2. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют условия установления групп инвалидности (категории "ребенок-инвалид").

II. Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности

3. К основным видам нарушений функций организма человека относятся: нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);

нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;

нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

4. При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

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

III. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

5. К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

6. При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности:

а) способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

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

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

б) способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

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

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

в) способность к ориентации - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

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

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

г) способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи; при изолированном поражении органа слуха способность к общению с использованием невербальных способов 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 восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных,

профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

2 степень - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

3 степень - неспособность к обучению;

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

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

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

3 степень - неспособность к любой трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) любой трудовой деятельности.

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

IV. Критерии установления групп инвалидности

8. Критерием для определения первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию третьей степени;

способности к передвижению третьей степени;

способности к ориентации третьей степени;

способности к общению третьей степени;

способности контролировать свое поведение третьей степени;

способности к обучению третьей степени;
способности к трудовой деятельности третьей степени.

9. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию второй степени;
способности к передвижению второй степени;
способности к ориентации второй степени;
способности к общению второй степени;
способности контролировать свое поведение второй степени;
способности к обучению второй степени;
способности к трудовой деятельности второй степени.

10. Критерием для определения третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности первой степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

способности к самообслуживанию первой степени;
способности к передвижению первой степени;
способности к ориентации первой степени;
способности к общению первой степени;
способности контролировать свое поведение первой степени;
способности к обучению первой степени.

11. Категория "ребенок-инвалид" определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2007 г. N 77 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ»

Приложение

Медицинская документация
Форма N 088/у-06
Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

(наименование и адрес организации, оказывающей
лечебно-профилактическую помощь)

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ
ПОМОЩЬ**

Дата выдачи " __ " _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (далее - гражданин):

2. Дата рождения: _____ 3. Пол: _____

4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя): _____

5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации): _____

6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория "ребенок-инвалид" (нужное подчеркнуть).

7. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: _____

(заполняется при повторном направлении)

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть).

10. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу _____

(указать должность, профессию, специальность,

квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: "не работает")

11. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин: _____

12. Условия и характер выполняемого труда: _____

13. Основная профессия (специальность): _____

14. Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание): _____

15. Наименование и адрес образовательного учреждения: _____

16. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть): _____

17. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: _____

18. Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с ____ года.

19. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

(подробно описывается при первичном направлении; при повторном направлении отражается динамика за период между освидетельствованиями, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма)

20. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением)):

(заполняется при первичном направлении)

21. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

N	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

22. Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении, указываются конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют):

23. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):

24. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):

25. Масса тела (кг) _____, рост (м) _____, индекс массы тела _____.

26. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).

27. Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

28. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

29. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

а) код основного заболевания по МКБ: _____

б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

в) осложнения: _____

30. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

31. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

33. Цель направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть): для установления инвалидности, степени ограничения способности к трудовой деятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида

(программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания), для другого (указать):

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида, программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания:

(указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, заключение о санаторно-курортном лечении с предписанием профиля, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации)

Председатель врачебной комиссии: _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии: _____
(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Линия отреза

Подлежит возврату в организацию,
оказывающую лечебно-профилактическую
помощь, выдавшую направление на
медико-социальную экспертизу

Обратный талон

(наименование федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы и его адрес)

1. Фамилия, имя, отчество гражданина: _____

2. Дата освидетельствования: _____

3. Акт N ____ медико-социальной экспертизы

4. Диагноз федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы:

а) код основного заболевания по МКБ: _____

б) основное заболевание: _____

в) сопутствующие заболевания: _____

в) осложнения: _____

5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности:

6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности :

7. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы: установлена инвалидность первой, второй, третьей группы, по категории "ребенок-инвалид" (нужное подчеркнуть); определена первая, вторая, третья степень ограничения способности к трудовой деятельности (нужное подчеркнуть); причина инвалидности:

В строке 6 «Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория "ребенок-инвалид"» указывается группа инвалидности на основании имеющейся у инвалида справки учреждения МСЭ об установленной группе инвалидности или подчеркивается «инвалидом не является», если больной направляется впервые.

Строка 8 «Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах» заполняется при повторном освидетельствовании на основании имеющейся у гражданина справки учреждения МСЭ об определении степени утраты профессиональной трудоспособности.

В строке 9 подчеркивается, первично или повторно направляется гражданин на МСЭ.

В строке 10 «Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу» следует указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: "Не работает".

В строке 11 «Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин» указывается название организации с адресом, в которой направляемый работает на день открытия листка нетрудоспособности. Если гражданин не работает, об этом делается соответствующая запись.

В строке 12 «Условия и характер выполняемого труда» сведения записываются со слов больного, в необходимых случаях запрашиваются с места работы в форме производственной характеристики (продолжительность рабочего дня, сменность, труд ручной, машинно-ручной, умственный, конвейер, положение при работе (в процентах: сидя, стоя, переменное, ходьба); степень физического напряжения: постоянно (легкая, умеренная, тяжелая) и временно (легкая, умеренная; тяжелая); степень нервно-психического напряжения: постоянно (легкая, умеренная, тяжелая) и временно (легкая, умеренная, тяжелая); административно-хозяйственная работа (большого, среднего, малого объема), указать количество подчиненных лиц; наличие неблагоприятных условий труда (работа в горячем цехе, на холоде, повышенная запыленность и загазованность, воздействие химических веществ, на высоте, с вибрацией).

В строке 13 «Основная профессия (специальность)» указывается профессия, полученная путем специального образования (например, инженер, педагог, техник-строитель), либо профессия, в которой имеется наиболее продолжительный стаж работы и (или) наиболее высокая квалификация (например, слесарь-ремонтник V разряда и др.).

В строке 14 «Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание)» следует указать квалификацию, которую больной имел на день открытия листка нетрудоспособности.

Строки 15, 16, 17 заполняются для граждан, которые учатся в образовательном учреждении на момент направления на МСЭ (дневное или заочное отделение). В строке 15 указывается наименование и адрес

образовательного учреждения, в строке 16 подчёркивается указываемая группа, класс, курс, в строке 17 указывается профессия (специальность), которую гражданин, направляемый на МСЭ, получит по окончании образовательного учреждения.

В строке 18 «наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с ____ года» указывается дата первичного заполнения амбулаторной карты больного в ЛПУ.

В строке 19 при первичном оформлении направления на МСЭ подробно излагаются сведения о начале заболевания (характере травмы, увечья), особенностях течения, обострений (указать частоту и продолжительность обострений за 12 месяцев, предшествующих направлению больного на МСЭ), сведения о характере проведенного лечения (амбулаторного или стационарного с указанием профиля отделения), видах лечения: терапевтическое, хирургическое, физиотерапевтическое и др. При оформлении направления на переосвидетельствование указываются сведения о течении заболевания за период, прошедший со дня установления группы инвалидности, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма.

Строка 20 «Анамнез жизни» заполняется при первичном направлении. Перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность. В отношении ребенка дополнительно указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением).

В строке 21 «Частота и длительность временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев» в графах «Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности» и «Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности» указываются даты открытия и закрытия листков нетрудоспособности, в графе «Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности» указывается суммарно число дней временной нетрудоспособности. Если больной не работает, то в этом разделе указывается частота обращений его за медицинской помощью в лечебное учреждение и диагноз заболеваний, по поводу которых больной обращался в ЛПУ. В графе «Диагноз» указывается диагноз заболевания, по поводу которого больной в соответствующий период признавался временно нетрудоспособным или обращался за медицинской помощью.

В строке 22 «Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида» указываются сведения о мероприятиях по восстановлению трудоспособности больного, конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств реабилитации, в т. ч. протезирования и ортезирования, а также сроки,

в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют.

В строке 23 «Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей)» при описании объективного статуса каждым специалистом подробно и последовательно излагаются жалобы больного, в первую очередь относящиеся к основному заболеванию, затем другие, с исчерпывающей полнотой отражаются данные объективного обследования больного специалистами, при этом указывается специальность врача (терапевт, хирург, невролог и др.).

В необходимых случаях для записей о состоянии больного, результатов обследования специалистами может быть использован вкладыш к направлению произвольной формы, который должен быть скреплен печатью и подписями председателя врачебной комиссии и членов комиссии.

В строке 24 указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и. других видов исследований,

В строке 25 указываются масса тела гражданина в килограммах, рост в метрах, индекс массы тела (ИМТ). Последний рассчитывается по формуле¹:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{Вес (кг)}}{\text{Рост (м) в квадрате}}$$

Норма	18,5-24,9
Предожирение	25-29,9
Ожирение I степени	30-34,9
Ожирение II степени	35-39,9
Ожирение III степени	40 и более

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 24.02.2009 № 67н «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Рост человека измеряется с помощью ростомера. В норме рост мужчин колеблется в пределах 160-180 см, женщин 155-170 см. Вес тела определяется с помощью медицинских весов.

В строке 26 дается оценка физического развития - нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) - нужное подчеркивается. Физическое развитие - совокупность морфологических функциональных признаков организма, определяющих запас его физических сил, выносливость и работоспособность.

В строке 27 «Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение» нужное подчеркивается. Психофизиологическая выносливость способность человека поддерживать длительно какую-либо деятельность без

снижения эффективности ее выполнения, т.е. в широком понимании - работоспособность. Психофизиологическая выносливость определяется степенью физического развития, состояния функциональных систем организма, свойствами личности, темпераментом, уровнем мотивации к выполнению деятельности и другими факторами. Оценку психофизиологической устойчивости проводит психолог на основании анализа динамики психофизиологических и физиологических показателей в процессе выполнения психологических тестов, сенсорных, сенсомоторных и физических нагрузок, а также знаний, имитирующих различные виды бытовой, профессиональной и другой деятельности. При этом оценивается не просто уровень развития или состояния тех или иных функций, а прежде всего такие их характеристики, как устойчивость и способность длительно поддерживать деятельность на определенном уровне.

В строке 28 «Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение» нужное подчеркивается. Эмоциональная устойчивость - способность к сохранению организованного поведения в обычных и стрессовых ситуациях, характеризуется зрелостью, отличной адаптацией, отсутствием большой напряженности, беспокойства, склонностью к лидерству, общительностью; эмоциональная неустойчивость - чрезвычайная нервность, плохая адаптация, склонность к быстрой смене настроения, чувство вины и беспокойства, озабоченность, депрессивные реакции, рассеянность внимания, неустойчивость в стрессовых ситуациях, импульсивность, неровность в отношениях с людьми, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, раздражительность. Оценку эмоциональной устойчивости проводит психолог с помощью различных проективных методик, опросников и шкал.

Обращает на себя внимание тот факт, что штатный медицинский психолог в ЛПУ - редчайшее явление, далеко не всегда он присутствует даже в штатах филиалов учреждений МСЭ, соответственно возникает правомерный вопрос: как быть с заполнением строк 27-28? В связи с тем, что специалисты МСЭ прежде всего ориентируются на степень нарушения функций организма, авторы полагают, что сведения, содержащиеся в этих пунктах, несут второстепенную информацию для принятия ими экспертного решения, поэтому исходя из содержания понятий «психофизиологическая выносливость» и «эмоциональная устойчивость» их оценку в силу дефицита медицинских психологов через подчеркивание «норма» или «отклонение» может проводить лечащий врач пациента, наблюдающий его по основному диагнозу.

В строке 29 «Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу» п. «а» указывается код основного заболевания, по МКБ-10; в п. «б» указываются развернутый диагноз, отражающий нозологическую форму заболевания в соответствии с МКБ-10, этиология, особенности течения, стадия, степень функциональных нарушений. При сочетании нескольких заболеваний основным указывается то заболевание, которое

определяет наличие признаков инвалидности; в п. «в» «сопутствующие заболевания» указываются те заболевания, которые не являются определяющими при оценке ограничений жизнедеятельности; в п. «в»¹ указываются осложнения, обусловленные основным заболеванием.

В строке 30 «Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный) неблагоприятный» нужное подчеркивается. Клинический прогноз - врачебная оценка исхода заболевания с учетом характера заболевания и его течения, стадии, выраженности симптомов, степени нарушения функции пораженных органов и систем и состояния их компенсации, а также эффективности адекватного лечения. Прогноз может быть: благоприятный - полное выздоровление или компенсация нарушенных в результате заболевания, травмы или увечья функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности; относительно благоприятный - неполное выздоровление с остаточными проявлениями, уменьшение, стабилизация или частичная компенсация нарушенных функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности, при хроническом заболевании - замедление прогрессирования заболевания, удлинение периодов ремиссии и т. п., сомнительный - неясное течение заболевания, неблагоприятный - невозможность стабилизации состояния здоровья, остановки прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушения функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности. С целью прогнозирования степени восстановления нарушенных функций возможно использование различных тестов и шкал.

В строке 31 «Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий» нужное подчеркивается. Реабилитационный потенциал - это совокупность сохранившихся физических, психофизиологических, психических способностей и задатков, позволяющих человеку компенсировать или устранить в той или иной степени ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта. Высокий реабилитационный потенциал - полное восстановление всех обычных для человека видов жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения. Удовлетворительный потенциал - неполное выздоровление с сохранением умеренно выраженного нарушения функции, выполнение основных видов деятельности с трудом в ограниченном объеме или с помощью технических средств. Низкий реабилитационный потенциал - прогрессирующее течение заболевания, выраженное нарушение функций, значительное ограничение в выполнении большинства видов деятельности, выраженное снижением трудоспособности и способности к социальной интеграции, потребность в социальной поддержке и постоянной материальной помощи. Реабилитационный потенциал оценивается лечащим врачом, который направляет гражданина на МСЭ.

В строке 32 «Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный),

неблагоприятный» нужное подчеркивается. Реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала. Реабилитационный прогноз определяется не только уровнем и содержанием реабилитационного потенциала, но и реальными возможностями применения для его реализации, современных реабилитационных технологий, средств и методов. Реабилитационный прогноз оценивается как: благоприятный при возможности полного восстановления нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности, полной социальной, в т. ч. профессиональной интеграции инвалида; относительно благоприятный - возможность - частичного восстановления нарушенных функций организма и категорий ограничения жизнедеятельности, при уменьшении степени их ограничений или стабилизации, при расширении способности к интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке; сомнительный (неопределенный) - неясный прогноз; неблагоприятный - невозможность восстановления или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности. Реабилитационный прогноз оценивается лечащим врачом, который направляет гражданина на МСЭ.

В строке 33 указывается цель направления на МСЭ (нужное подчеркивается): для установления инвалидности, степени утраты профессиональной способности в процентах, для разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида, ребенка-инвалида, программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, для другого (указать).

В строке 34 «Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида, ребенка-инвалида программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания» указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии, технических средств медицинской реабилитации, в т.ч. протезирования и ортезирования, заключение о санаторно - курортном лечении с предписанием профиля, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации.

Направление подписывается председателем врачебной комиссии, членами комиссии с расшифровкой подписей и скрепляется печатью ЛПУ.

Ответственность за правильность заполнения формы № 088/у-06 возлагается на председателя врачебной комиссии ЛПУ либо на главного врача.

Форма должна быть представлена в бюро МСЭ не позднее 1 месяца с момента ее выдачи.

Порядок заполнения обратного талона

Наименование федерального государственного учреждения МСЭ и его адрес и строка 1 «Фамилия, имя, отчество больного» заполняются ЛЛУ при оформлении формы № 088/у-06. Все последующие строки заполняются учреждением МСЭ.

В строке 2 «Дата освидетельствования» указывается дата начала медико - социальной экспертизы

В строке 3 «Акт освидетельствования» указывается номер акта, соответствующий протоколу освидетельствования.

В строке 4 «Диагноз федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы» в п. «а» указывается код по МКБ-10 заболевания, которое явилось определяющим при установлении группы инвалидности, в п.«б» указывается заболевание, которое явилось определяющим при установлении группы инвалидности, в п. «в» («сопутствующие заболевания») указываются заболевания, которые не явились определяющими при установлении группы инвалидности, в п. «в»¹ («осложнения») указываются осложнения основного заболевания.

В строке 5 «Виды нарушений функций организма и степень их выраженности (согласно классификациям, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22.08.2005 г. № 535 (зарегистрирован в Минюсте России 13.09.2005 г. № 998)»: указывается в соответствии с данными классификациями: нарушения психических функций; нарушения языковых и речевых функций; нарушения сенсорных функций; нарушения статодинамических функций; нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмана веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета; нарушения, обусловленные физическим уродством, а также степень их выраженности - незначительные, умеренные, выраженные, значительно выраженные нарушения.

В строке 6 «Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22.08.2005 г. № 535)»: указывается в соответствии с данными классификациями: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение, способность к обучению, способность к трудовой деятельности, а также степень выраженности.

В строке 7 «Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы» подчеркивается установленная группа инвалидности; указывается причина инвалидности согласно Разъяснению «Об определении учреждениями Государственной службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности», утвержденному

постановлением Минтруда России от 15.04.2003 г. № 17; указывается в численном выражении (в процентах) степень утраты профессиональной трудоспособности согласно записи в акте МСЭ в соответствии с постановлением Правительства РФ от 16.10.2000 г. № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»; в разделе «Дата переосвидетельствования» указывается дата из акта МСЭ; в разделе «Рекомендации по медицинской реабилитации» указываются мероприятия, предусмотренные индивидуальной программой реабилитации инвалида и согласованные с планом мероприятий медицинской реабилитации ЛПУ; в разделе «Рекомендации по профессиональной, социальной, психоло - педагогической реабилитации» производится короткая запись о рекомендованных видах реабилитации и кем они будут исполняться (центром занятости, органами социальной защиты населения и т. д.).

В строке 8 «Причины отказа в установлении инвалидности» указываются причины, которые не являются основаниями (условиями) для признания гражданина инвалидом.

В строке 9 «Дата отправки обратного талона» указывается дата направления обратного талона в ЛПУ.

Обратный талон подписывается руководителем федерального государственного учреждения МСЭ, подписи расшифровывается и скрепляется печатью учреждения.

Вышеназванные рекомендации по порядку заполнения учетной формы № 088/у-06, в т. ч. обратного талона, могут быть закреплены в медицинской организации локальным нормативным актом.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 4 августа 2008 г. №379н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА, ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, ВЫДАВАЕМЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МСЭ, ПОРЯДКА ИХ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ»

Заключение

В настоящее время принципы социальной политики в отношении граждан с ограниченными возможностями носят приоритетный характер и направлены на их максимальную поддержку и равноправие в обществе.

Предлагаемое пособие отражает существующие тенденции в инвалидности в РФ, частично раскрывает проблемы инвалидов, вопросы взаимодействия и преемственности медицинских организаций и учреждений МСЭ.

Материалы пособия, основанные на действующем законодательстве, могут рассматриваться врачами и организаторами здравоохранения как инструмент защиты интересов пациентов, нуждающихся по состоянию здоровья в направлении и проведении МСЭ.

Предложенные информационно-аналитические и методические материалы, полученные знания специалисты медицинских организаций могут использовать в межведомственном взаимодействии с учреждениями МСЭ, а также в рамках организационно-методического раздела работы в своей профессиональной деятельности.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение инвалидности.
2. Каковы тенденции первичной инвалидности в РФ?
3. Назовите основные проблемы инвалидности в РФ.
4. В чем заключается юридический и социальный аспекты инвалидности?
5. Назовите структуру первичной инвалидности взрослого населения по основным классам болезней.
6. Назовите структуру повторной инвалидности взрослого населения по основным классам болезней.
7. Каковы тенденции первичной детской инвалидности в РФ?
8. Каковы тенденции повторной детской инвалидности в РФ?
9. Какая возрастная группа в структуре первичной детской инвалидности преобладает?
10. Какова структура повторной детской инвалидности по основным классам болезней?
11. Каковы особенности инвалидности взрослого населения Оренбургской области?
12. Каковы особенности инвалидности детского населения Оренбургской области?
13. Каким может быть клинический прогноз?
14. Дайте определение медико-социальной экспертизы.
15. Что такое реабилитационный потенциал?
16. Что такое индивидуальная программа реабилитации?
17. Какие условия в РФ определены для признания лица инвалидом?
18. Какие существуют ограничения жизнедеятельности?
19. Какие определены сроки направления граждан на МСЭ?
20. Кто имеет право направлять граждан на МСЭ?
21. Какие документы представляются гражданином при направлении на МСЭ?
22. Какая специально предусмотрена форма для заполнения в случае направления граждан на МСЭ?
23. Кем заполняется и кем утверждается «Направление на МСЭ»?
24. Расскажите правила заполнения листка нетрудоспособности в случае направления гражданина на МСЭ.
25. Назовите основные законы и нормативные акты, регламентирующие порядок направления граждан на МСЭ.

Тесты для самоконтроля

1. Кем направляется гражданин на МСЭ?

1. Предприятием, учреждением, организацией, где он работает по трудовому договору.
2. Территориальным органом занятости.
3. Территориальным органом социальной защиты населения.
4. Медицинской организацией.
5. Обращается самостоятельно.

2. Какие критерии являются основными для признания лица инвалидом?

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма.
2. Ограничения жизнедеятельности, обусловленные нарушением здоровья.
3. Необходимость мер социальной защиты.
4. Социальная дезадаптация гражданина.

3. Какая дата считается датой установления инвалидности?

1. День регистрации в учреждение МСЭ заявления гражданина о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами.
2. Дата освидетельствования.
3. Дата направления медицинской организацией.

4. Какое из состояний не относится к нарушениям основных функций организма человека?

1. Нарушение сенсорных функций.
2. Ограничение способности к общению.
3. Нарушение статодинамической функции.

5. Какое из состояний не относится к нарушениям жизнедеятельности?

1. Нарушение сенсорных функций.
2. Ограничение способности к самообслуживанию.
3. Ограничение способности контролировать свое поведение.

6. Для уровня первичной инвалидности взрослого населения РФ характерно:

1. Рост.
2. Снижение.
3. Стабилизация процесса.

7. Какой класс болезней занимает лидирующую позицию в инвалидизации взрослого населения РФ?

1. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
2. Болезни нервной системы.
3. Болезни системы кровообращения.
4. Другой класс болезней.

8. Какой класс болезней занимает лидирующую позицию в инвалидизации детского населения РФ?

1. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
2. Болезни нервной системы.
3. Болезни системы кровообращения.
4. Врожденные аномалии.
5. Психические расстройства и расстройства поведения.
6. Другой класс болезней.

9. Выберите правильное определение инвалидности:

1. Показатель деятельности учреждений МСЭ.
2. Показатель, характеризующий частоту признанных граждан инвалидами на 10 000 населения.
3. Показатель соотношения инвалидов.

10. Реабилитационный прогноз бывает: Выберите неправильный ответ.

1. Благоприятным.
2. Неблагоприятным.
3. Относительно благоприятным.
4. Плохим.

Ответы к тестам

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	4	6	2
2	2	7	3
3	1	8	4
4	1	9	2
5	1	10	4

Литература

1. Баянова Н.А. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани взрослого населения: тенденции, проблемы и пути решения. – Оренбург, 2012 – 100 с.
2. Великолуг Т.И., Талалаева Н.Д. Словарь медико-социальной реабилитации (термины и определения). Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями /под редакцией Пузина С.Н. М.: Всероссийское общество специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2009. - №1. – С. 50 – 52.
3. Великолуг Т.И., Талалаева Н.Д. Словарь медико-социальной реабилитации (термины и определения). Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями /под редакцией Пузина С.Н. М.: Всероссийское общество специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2009. - №2. – С. 54 – 57.
4. Великолуг Т.И., Талалаева Н.Д. Словарь медико-социальной реабилитации (термины и определения). Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с ограниченными возможностями /под редакцией Пузина С.Н. М.: Всероссийское общество специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2009. - №4. – С. 73 – 74.
5. Гришина Л.П., Пугиев Л.П., Зверев К.В. Инвалидность как медико-демографическая проблема / Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- 2007. - №4. - С. 33-36.
6. Гришина Л.П. Основные тенденции формирования первичной инвалидности взрослого населения в России за 10 лет (1994—2003) / Л.П. Гришина // МСЭ и реабилитация. - 2005. - №3. - С. 21-25.
7. Гришина Л.П., Лаврова Д.И. Инвалидность как многофакторная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006 - №2. С. 27-30.
8. Гришина Л.П., Ондар В.С. Комплексный анализ инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. - №1. С. 47-56.
9. Гришина Л.П., Рахаев А.М. Инвалидность детского населения в Российской Федерации. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. - №1. - С. 57-64.
10. Гусева Н.К. Медико-социальная экспертиза: организация и технологии. – Н.Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2007. – 136 с.: ил.

11. Коробов М.В., Карпов Л.Н., Каменков К.А. Статистика медико-социальной экспертизы. Учебно-методическое пособие. Изд. 2-е, СПбИВУВЭК, 2010, С 84, С. 88-90.
12. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства)// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008 - №1. С 42-46.
13. Осадчих А.И. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы. – М.: Медицина, 2002. – 368 с.
14. Пузин С.Н. Медико-социальная экспертиза / под редакцией И.Н.Денисова. М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 408 с.: ил.
15. Закономерности формирования первичной инвалидности у лиц молодого возраста в Российской Федерации / С.Н. Пузин [и др.] // МСЭ и реабилитация. - 2005. - №4. - С. 24-27.
16. Конвенция о правах инвалидов. Резолюция 61/106, 2007, с 2.
17. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2005, с. 119-121.
18. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2006, 7-20, 56-66, 87-94, 224-234.
19. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2007, с. 95-97.
20. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2008, с. 108-110.
21. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2009, с. 114-116.
22. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2010, с. 114-116.
23. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2011, с. 114-116.
24. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2005, с. 119-121.
25. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2006, 7-20, 56-66, 87-94, 224-234.

26. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2007, с. 95-97.
27. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2008, с. 108-110.
28. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2009, с. 114-116.
29. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2010, с. 114-116.
30. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации. Стат. сборник, часть I. «ФБ МСЭ», под редакцией Л.П. Гришиной. Москва, 2011, с. 114-116.
31. Основные итоги деятельности учреждений МСЭ за 2012 г. Материалы итоговой коллегии руководителей федеральных казенных учреждений медико-социальной экспертизы, март 2013 г., Москва.

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Информационное письмо

ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПРАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Авторы:

Борщук Е.Л., Васильев Е.А., Волобоева Т.В., Мирошников М.А.,
Смагина Т.Н., Баянова Н.А., Семенова Л.В.

Подписано в печать: 31 марта 2014 г.

Формат $\frac{1}{2}$ А4.

Бумага 90 гр., обложка 300 гр.

Цифровая печать.

Гарнитура Times New Roman, 10 кегль.

Тираж: 113 экз.