

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

О. Н. ВАСИЛЬКОВА, Т. М. ШАРШАКОВА, Н. А. ВАСИЛЬКОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ
СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ

Учебно-методическое пособие
для студентов 4 и 5 курсов всех
факультетов высших медицинских учебных заведений

Гомель
ГоГМУ
2008

УДК 616-036.865

ББК 58

В 19

Авторы:

О. Н. Василькова, Т. М. Шаршакова, Н. А. Васильков

Рецензент

проректор по лечебной работе и последипломному образованию
Гомельского государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук, профессор *В. В. Аничкин*

Василькова, О. Н.

В 19 Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности в лечебно-профилактических организациях: учеб.-метод. пособие для студентов медицинских учебных заведений всех факультетов / О. Н. Василькова, Т. М. Шаршакова, Н. А. Васильков. — Гомель : Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 36 с.
ISBN 978-985-506-134-3

Содержит современные материалы по вопросам медико-социальной экспертизы и организации экспертизы стойкой нетрудоспособности в лечебно-профилактических организациях. Предназначено для проведения практических занятий на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с целью получения знаний, умений и навыков по данной теме. Соответствует учебному плану и типовой учебной программе по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 11 апреля 2008 г., протокол № 5.

УДК 616.-36.865

ББК 58

ISBN 978-985-506-134-3

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- ВКК** — Врачебно-консультационная комиссия
- ЛПО** — Лечебно-профилактическая организация
- МРЭК** — Медико-реабилитационные экспертные комиссии
- МСКБ-10** — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
- ЗВУТ** — Заболеваемость с временной утратой трудоспособности
- СН** — Стойкая нетрудоспособность

ВВЕДЕНИЕ

Изучение темы «Медико-социальная экспертиза» осуществляется в течение 5 часового занятия и состоит из 3 частей:

1. Определение исходного уровня знаний студентов, разбор и обсуждение основных вопросов темы.
2. Выполнение индивидуальных заданий студентами.
3. Контроль полученных знаний и практических навыков, подведение итогов занятия.

Цель занятия

Освоение и закрепление студентами теоретических знаний и практических навыков по вопросам медико-социальной экспертизы стойкой нетрудоспособности.

Задачи занятия

Освоение и закрепление студентами теоретических знаний и практических навыков по вопросам медико-социальной экспертизы стойкой нетрудоспособности.

Требования к исходному уровню знаний

1. Основные положения «Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» от 25 октября 2007 г. № 97.

2. Основные положения «Инструкции по определению причины инвалидности». Утверждена Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 61 от 25 октября 2007 г. № 97.

Студенты должны *уметь*:

- заполнять «Направление на МРЭК»;
- анализировать и оценивать деятельность врача по вопросам медико-социальной экспертизы.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Дать определение понятий «болезнь», «здоровье» человека.
2. Как определяет социология понятие «болезнь»?
3. МКБ-10, ее значение для здравоохранения?
4. Что такое государственное социальное страхование?
5. Какие виды пособий и выплат предполагает государственное социальное страхование?
6. Каковы юридические аспекты медико-социальной экспертизы?

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Определение понятия медико-социальной экспертизы, ее аспекты, виды?
2. Задачи медико-социальной экспертизы?
3. Основные критерии медико-социальной экспертизы?
4. Инвалидность. Критерии определения групп инвалидности?
5. Основные положения медико-социальной экспертизы инвалидности?
6. МРЭК. Виды. Состав. Задачи?
7. Порядок направления на медико-социальную экспертизу?
8. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина?
9. Порядок обжалования заключения специализированной, межрайонной (районной, городской), центральной комиссии?

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Здоровье и трудоспособность населения — важнейшие социальные ценности государства, потенциал, обеспечивающий неуклонное прогрессивное развитие общества. В их сохранении значительную роль играют медико-социальная экспертиза и реабилитация.

В. В. Колбанов, В. Б. Смычек, А. А. Гракович

Экспертиза — это исследование и разрешение каких-либо вопросов лицами, обладающими специальными знаниями в данной области. Предметом медико-социальной экспертизы является определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки имеющихся ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) — относительно новое понятие, которое пришло на смену более привычному — «врачебно-трудовая экспертиза» — после принятия в 1991 г. Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Данный Закон ввел новую концепцию инвалидности, согласно которой она может определяться не только при частичной или полной утрате трудоспособности, но и во всех иных случаях, когда последствия заболевания, травмы или дефекта приводят к ограничениям жизнедеятельности, которые затрудняют социальную адаптацию человека и вызывают необходимость в социальной помощи и защите.

После выхода Закона в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации с приданием службе медико-социальной экспертизы новых функций. Осуществлена передача ВТЭК в систему здравоохранения с последующей реорганизацией их в медико-реабилитационные экспертные комиссии. Под эгидой Министерства

здравоохранения стала функционировать научно-практическая система медико-социальной экспертизы, включающая республиканский научно-практический центр в виде Научно-исследовательского института медико-социальной экспертизы и реабилитации, областные, городские, межрайонные медико-реабилитационные экспертные комиссии, а также отдельные службы и специалистов, занимающихся вопросами медико-социальной экспертизы и реабилитации в стационарных и амбулаторных организациях республики.

Таким образом, медико-социальная экспертиза — это область науки и система практической деятельности здравоохранения, которая в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.

В то же время медико-социальную экспертизу необходимо определять и как самостоятельную область научных знаний и систему практической деятельности, функционирующую на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения. Медико-социальная экспертиза является той научно-методической основой, которая обеспечивает правильное, рациональное осуществление всех видов и форм социального обеспечения рабочих и служащих в случае постоянной или длительной потери или значительного снижения их трудоспособности. ***МСЭ является нормативным актом, определяющим право граждан на социальное обеспечение за счет государства в случае потери или снижения трудоспособности вследствие болезни или увечья.***

МСЭ включает в себя 3 аспекта:

1. **Медицинский** — МСЭ проводится лицам, у которых болезнь вызвала функциональные нарушения органов и систем организма, что приводит к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

2. **Социальный** — учитывает профессию, условия труда, должность и т. д.

Пример:

• *эпилептический приступ у водителя автобуса — он отстраняется от работы и по профессии — водитель не сможет работать **никогда!***

• *эпилептический приступ у бухгалтера, буфетчицы — не вызывает социальной дезадаптации.*

3. **Юридический** — экспертиза регламентируется законодательством, т.е. определяется законами, инструкциями и положениями, утвержденными Минздравом, Минфином, Минюстом и др. ведомствами.

Виды МСЭ



МСЭ временной нетрудоспособности

МСЭ стойкой нетрудоспособности

Задачи медико-социальной экспертизы:

1. Научно обоснованная оценка состояния трудоспособности.

Установление факта нетрудоспособности является не только социальным, но, прежде всего, важным медицинским мероприятием, поскольку освобождение от труда способствует уменьшению продолжительности заболевания, предупреждению осложнений. Поэтому на основании данных обследования больного с учетом результатов проведенного лечения и условий труда в результате комплексного экспертного обследования объективно устанавливается соответствие функционального состояния организма тем требованиям, которые к нему предъявляются профессией и конкретно выполняемой работой. Следовательно, трудоспособность человека зависит не только от функционального состояния пораженного органа, но и от функционального состояния других органов и систем (т. е. функционального состояния организма в целом). Она определяется характером и динамикой течения заболевания, условиями труда и профессией больного (а значит требованиями, которые предъявляет эта профессия организму).

2. Установление причин инвалидности.

Инвалидность может наступить вследствие различных причин и социальных обстоятельств, что предопределяет различные права, характер и объем социальной помощи.

В соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 61 от 12.08.2002 г. «Об утверждении Инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности» в настоящее время в каждом конкретном случае определения инвалидности устанавливается одна из следующих причин:

- ✓ общее заболевание;
- ✓ профессиональное заболевание;
- ✓ трудовое увечье;
- ✓ инвалидность с детства;
- ✓ инвалидность с детства вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий);
- ✓ инвалидность с детства, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- ✓ военная травма;
- ✓ заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия);
- ✓ заболевание получено в период военной службы;
- ✓ заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

3. Определение трудовых рекомендаций.

Медико-социальная экспертиза и трудовая рекомендация являются научно-методической основой, нормативным и организующим началом государственной и общественной системы мероприятий по рациональному трудовому устройству инвалидов. Это обусловлено тем, что *многие инвалиды даже при наличии тяжелых видов патологии могут не только успешно, но даже с пользой для их здоровья выполнять общественно-полезную работу, если их труд определенным образом организован, протекает в требуемых санитарно-гигиенических условиях, надлежащим образом дозирован и соответствует функциональным возможностям организма.*

Трудовая рекомендация имеет важное юридическое значение, так как, будучи врачебным предписанием, она **обязательна как для инвалидов, так и для администрации** предприятий и учреждений, она является основой нормативного и научно-методического положения трудового устройства инвалида, **разрешает и запрещает всякую или отдельную трудовую деятельность**, те или иные условия труда. *Основное внимание в трудовой рекомендации должно быть сосредоточено на перечне противопоказаний, ограждающих больного от недоступных видов и условий труда.* В отдельных случаях трудовая рекомендация должна включать показанность профессионально-технического обучения, переобучения для приобретения новой, доступной по состоянию здоровья профессии, обеспечения производственными приспособлениями, средствами передвижения и др.

4. Систематическое наблюдение и контроль за состоянием трудоспособности инвалидов.

Одним из основных принципов экспертизы стойкой нетрудоспособности, которые будут рассматриваться ниже, является ее динамичность. Инвалидность (как и состояние здоровья, и трудоспособность) — процесс динамичный. При неблагоприятных факторах, прогрессирующем течении болезни состояние больного может ухудшаться и устанавливаться более высокая группа инвалидности, а под влиянием лечебно-восстановительных реабилитационных мероприятий и благоприятных условий трудовой деятельности состояние больного может улучшаться, группа инвалидности — понижаться, иногда больной может быть снова признан трудоспособным.

Поэтому постановлением «Об утверждении Инструкции по определению группы инвалидности и Инструкции по определению причины инвалидности» установлен обязательный срок очередных экспертных переосвидетельствований: **инвалидность I группы устанавливается на два года, II и III группы — на один год. У инвалидов в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС очередное переосвидетельствование производится через пять лет. У инвалидов в связи с участием в боевых действиях в Афганистане и на территории других государств при первичном освидетельствовании инвалидность устанавливается на пять лет, при переосвидетельствовании — на общих основаниях.**

В результате очередного переосвидетельствования определяется степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности, дается оценка полученной динамики, корректируется индивидуальная программа реабилитации в ее медицинском, профессиональном и социальном аспекте.

5. Содействие профилактике и лечению заболеваний, профилактике инвалидности.

Профилактика инвалидности заключается в устранении тех факторов, которые порождают заболевания и травмы, ведущие к инвалидности, а также в создании системы лечебно-профилактических мероприятий, способствующих ликвидации заболеваний и травм и их последствий, по крайней мере, в такой степени, когда бы последствия заболеваний и травм не влияли на совокупность тех функций, которые обуславливают трудоспособность, не влекли бы за собой нарушений и потери трудоспособности.

Для профилактики инвалидности и восстановления трудоспособности медико-социальная экспертиза обладает рядом особых, специфических для нее мер и средств. В каждом конкретном случае, исходя из характера патологического процесса, степени выраженности нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности, врач должен определить возможность продолжения больным своей профессиональной деятельности или необходимости представления ему освобождения от работы.

Следует помнить, что своевременное освобождение больного от работы имеет очень важное значение в его дальнейшей реабилитации, в то время как продолжение работы, противопоказанной по состоянию здоровья, может обуславливать неэффективность проведенного восстановительного лечения. У некоторых больных заболевание протекает с нерезкими функциональными расстройствами, в их работе нет производственных факторов, способных ухудшить течение болезни. Такие больные могут лечиться, продолжая трудиться в своей профессии. При этом следует учитывать, что необоснованное освобождение больных от работы влечет за собой неоправданные потери рабочего времени, расходование средств из бюджета государственного страхования и социального обеспечения. Таким образом, понятия «болезнь» и «нетрудоспособность» — не идентичны.

Профилактике инвалидности способствуют также и мероприятия профессиональной реабилитации, включающие профессиональное обучение и переобучение, профессиональную ориентацию, благодаря чему больной может приобрести профессию, в которой он будет либо полностью трудоспособен, либо инвалидом менее тяжелой группы инвалидности.

6. Экспертный контроль за длительно болеющими.

Контроль за сроками временной нетрудоспособности возложен на МРЭК, потому что во многих случаях определить трудовой прогноз бывает крайне затруднительно, а иногда и невозможно без специальной подго-

товки, специальных знаний и навыков, которыми владеют врачи-эксперты. Поэтому МРЭК выносит свое решение в каждом конкретном случае, связанном с длительной временной нетрудоспособностью, определяя возможность продолжения больным труда в своей или другой профессии, необходимость продления сроков лечения и реабилитации или определения той или иной группы инвалидности. В случае благоприятного трудового прогноза МРЭК рекомендует продление временной нетрудоспособности на весь период, необходимый для полного или максимального восстановления трудоспособности.

Эта задача медико-социальной экспертизы и функция МРЭК имеет большое не только медицинское, но и общегосударственное значение, так как контроль МРЭК за длительно болеющими способствует не только улучшению функционально-восстановительного лечения и реализации индивидуальной программы реабилитации больного, но и рациональному расходованию средств социального страхования и социального обеспечения.

7. Определение и изучение экономических (по классам болезней) и социальных причин инвалидности.

Непосредственной причиной инвалидности является то или иное заболевание, травма или дефект, приводящие к различной степени выраженности ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности. Однако в экспертной практике должны учитываться не только последствия заболевания и степень их выраженности, но и непосредственно сами болезни, приводящие к инвалидности. Ведь ошибочный диагноз влечет за собой некачественное проведение реабилитационных мероприятий, переоценку или недооценку потенциальных возможностей организма, а, следовательно, и принятие неадекватного экспертного решения.

На основании диагнозов заболеваний изучается удельный вес каждого из учитываемых классов болезней в общей структуре инвалидности, динамика отдельных групп болезней как причины инвалидности, изучение интенсивных показателей инвалидности как по отдельным формам болезней, по классам болезней, так и в целом первичной инвалидности по региону или республике в целом.

С 2002 г. здравоохранение Республики Беларусь перешло на МКБ-10, согласно которой все болезни распределены на определенные классы. Ниже приведены классы, включающие заболевания, травмы или дефекты, которые могут приводить к инвалидности:

- некоторые инфекционные и паразитарные болезни;
- новообразования;
- болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ;

- психические расстройства и расстройства поведения;
- болезни нервной системы;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- болезни мочеполовой системы;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Следует помнить, что экспертный подход включает не только правильное установление диагноза, но и изучение многих профессиональных, социальных, бытовых аспектов, определяющих в совокупности трудоспособность человека. Квалифицированный эксперт не должен забывать, что он дает оценку не изолированному дефекту, а человеку — носителю этого дефекта.

8. Установление степени потери трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой.

Согласно пункту 11 «Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях» от 31.12.1992 г. «городские, районные, межрайонные и специализированные комиссии устанавливают степень ограничения жизнедеятельности больных, причину и время наступления инвалидности; определяют степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) лицами, которые получили травму или другое повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, а также потребность их в дополнительных видах помощи».

Определение ущерба, причиненного рабочему или служащему увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с его работой, имеет очень большое значение для трудящихся, создавая им материальные условия для успешного восстановления здоровья и трудоспособности.

Изложенные выше задачи медико-социальной экспертизы, вытекающие из государственных и общественных задач и норм в области социального страхования и обеспечения, здравоохранения, сохранения трудовых ресурсов и др., подчеркивают государственное значение органов медико-социальной экспертизы. Только МРЭК имеет право устанавливать юридический факт наступления инвалидности, ее причины, время наступления, определять показанные и противопоказанные виды и условия труда, нуждаемость в обеспечении инвалидов различными средствами социальной реабилитации и т. д.

На рисунке 1 представлены основные критерии медико-социальной экспертизы.



Рисунок 1 — Основные критерии медико-социальной экспертизы

Примечания:

1. **Незначительная стойкая нетрудоспособность** считается тогда, когда требуются незначительные изменения труда по ВКК:

а) облегчение конкретной работы путем освобождения от ночных смен, командировок, сверхурочных, дополнительных рабочих дней на прежней должности на прежнем месте;

б) перевод на работу из вредных условий труда в нормальные без изменения профессии и квалификации (меняется зарплата);

в) перевод на работу другой специальности при условии, что она равна по квалификации прежней (водитель-автомеханик).

2. **Значительная стойкая нетрудоспособность** возникает тогда, когда требуются значительные изменения труда, которые приведут к снижению квалификации больного (появляются основания для 3 группы инвалидности).

Трудоспособность — способность работника к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества. Выделяют *общую* — способность к выполнению неквалифицированного труда в обычных производственных условиях, способность к труду вообще и *профессиональную* — способность к труду в своей профессии, в том числе в неблагоприятных производственных условиях.

Временная нетрудоспособность — невозможность по состоянию здоровья выполнять работу в течение относительно небольшого промежутка времени. ВН делится на частичную и полную.

Частичная — это временный перевод на другую работу или облегченный труд (трудоустройство по ВКК).

Полная — это полное освобождение от работы путем выдачи больничного листа или справки ВН.

! Между временной и стойкой нетрудоспособностью главным различием является обратимость и необратимость способности к труду.

2. ИНВАЛИДНОСТЬ.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ

Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Социальная недостаточность — социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к нарушению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты.

К основным видам оцениваемых нарушений функций организма относятся:

- **нарушения психических функций** (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);

- **нарушения языковых и речевых функций** (нарушение устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и прочее);

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

- **нарушение статодинамических функций** (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

- **нарушение 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).

При оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функции организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

1-я степень — легкие (незначительно выраженные) нарушения функции;

2-я степень — умеренные (умеренно выраженные) нарушения функции;

3-я степень — выраженные нарушения функции;

4-я степень — резко выраженные нарушения функции.

К основным критериям 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.

Для целей медико-социальной экспертизы при оценке категорий нарушения жизнедеятельности у детей введена такая категория, как способность к ведущей возрастной деятельности.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушения основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (ФК) их выраженности (в процентах):

ФК 0 — характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%);

ФК 1 — легкое нарушение (от 1% до 25%);

ФК 2 — умеренно выраженное нарушение (от 26% до 50%);

ФК 3 — выраженное нарушение (от 51% до 75%);

ФК 4 — резко выраженное нарушение (от 76% до 100%).

При установлении группы инвалидности комиссия устанавливает ее причину.

Причина инвалидности устанавливается на основе изучения анамнеза, анализа клинической картины, характера развития и связи имеющегося патологического процесса с характером перенесенных заболеваний, травм или имеющихся дефектов, а также анализа медицинской и другой документации.

Если у инвалида вследствие трудового увечья, профессионального заболевания, заболевания (увечья), вызванного катастрофой на Чернобыльской АЭС, или военной травмы возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

При наличии одновременно оснований для определения различных причин инвалидности причина инвалидности определяется по выбору инвалида (в заключении указывается только одна причина инвалидности).

Комиссия устанавливает следующие причины инвалидности:

- общее заболевание¹;
- инвалидность с детства²;
- профессиональное заболевание;
- трудовое увечье; инвалидность с детства вследствие профессионального заболевания;
- инвалидность с детства вследствие трудового увечья;
- инвалидность с детства вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий);
- инвалидность с детства в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- военная травма;
- заболевание получено в период военной службы;
- заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС (аварийными ситуациями на других атомных объектах, испытанием ядерного оружия);
- заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытании ядерного оружия);
- инвалидность в результате противоправных действий по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства³;
- иные причины, установленные законодательством Республики Беларусь.

¹ Причина инвалидности «общее заболевание» устанавливается в тех случаях, когда инвалидность явилась следствием различных заболеваний или травм, но не стоит в прямой зависимости от профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы, или заболевания (увечья), полученного в период военной службы или заболевания (увечья), вызванного катастрофой на Чернобыльской АЭС (аварийными ситуациями на других атомных объектах, испытанием ядерного оружия), и иных обстоятельств.

² Причина инвалидности «инвалидность с детства» устанавливается у лиц старше 18 лет в тех случаях, если инвалидность вследствие заболевания, дефекта или травмы, возникших в детстве, привела к стойкому нарушению жизнедеятельности, соответствующему ФК 2, ФК 3 или ФК 4, до достижения ребенком 18-летнего возраста, при условии их подтверждения первичной медицинской документацией организаций здравоохранения.

³ Причина инвалидности «инвалидность в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства» устанавливается комиссией на основании документов правоохранительных органов, организаций здравоохранения, судебно-медицинской экспертизы, судебных и иных органов, которыми установлено, что инвалидность наступила вследствие противоправных действий гражданина (хищение, угон транспортных средств и иные противоправные деяния), умышленного причинения вреда своему здоровью (попытка самоубийства, членовредительство и иное) либо по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

Комиссия при освидетельствовании детей и наличии оснований (стойких нарушений жизнедеятельности) устанавливает у них степень утраты здоровья и категорию «ребенок-инвалид», при этом **до 18 лет причина инвалидности не устанавливается.**

Критерием для определения **первой группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению (**ФК 4 от 76% до 100%**) одной из категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерии установления первой группы инвалидности:

- неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;
- неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц;
- неспособность к ориентации (дезориентация);
- неспособность к общению;
- неспособность контролировать свое поведение.

Критерием для установления **второй группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению (**ФК 3 от 51% до 75%**) одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Показания к установлению второй группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
- способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) по с помощью других лиц;
- неспособность к трудовой деятельности или способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;
- неспособность к обучению или способность к обучению только в специальных учебных заведениях, или по специальным программам в домашних условиях;
- способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц;
- способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
- способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц.

Критерием для определения **третьей группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению (**ФК 2 от 26% до 50%**) одной из категорий жизнедеятельности или их сочетание.

Показания для установления третьей группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;
- способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, подробности выполнения и сокращении расстояния;
- способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);
- способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;
- способность к ориентации во времени и в пространстве при условии использования вспомогательных средств;
- способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации.

3. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Медико-реабилитационная экспертная комиссия (МРЭК) проводит медико-социальную экспертизу инвалидности на основе всесторонней оценки состояния здоровья, степени нарушения функций и ограничения жизнедеятельности с учетом психологического статуса и мотиваций освидетельствуемого, социально-средовых и профессиональных факторов.

При наличии оснований (медицинских показаний) устанавливает ограничение жизнедеятельности больных, причину и время наступления инвалидности, определяет степень потери профессиональной трудоспособности (в процентах), составляет индивидуальные программы реабилитации (далее — ИПР).

При количественной оценке степени нарушения функции (ее ФК) учитывается эффект компенсации с помощью медикаментозных или технических средств, улучшающих функцию.

Состояние жизнедеятельности оценивается по каждому ее критерию в отдельности, так как в ранней стадии болезни может нарушаться только одна способность, которая приводит к социальной недостаточности и необходимости определения инвалидности.

Между ФК нарушения и ограничения жизнедеятельности не всегда проявляются прямо пропорциональные отношения, что требует отдельной оценки каждого параметра; выраженность социальных последствий болезни (травмы, дефекты) прямо вытекает из степени ограничения жизнедеятельности.

При сохранении профессиональной трудоспособности инвалида или возможности ее восстановления мерами реабилитации МРЭК выносит инвалиду **трудовую рекомендацию либо составляет программу профессиональной реабилитации** и направляет ее в службу занятости (в организацию).

Индивидуальная программа реабилитации инвалида включает три раздела, отражающие меры медицинской, социально-бытовой и профессиональной реабилитации, каждый из которых направляется для исполнения соответственно в **лечебно-профилактическую организацию, управление (отдел) по труду и социальной защите, управление (отдел) социальной защиты, службу занятости или в организацию**. На руки инвалиду МРЭК выдает краткий вариант программы (памятку) с указанием основных мер реабилитации, места и сроков ее проведения, адреса и часов работы учреждения, в которое больной должен обратиться.

При очередном переосвидетельствовании инвалида к направлению на МРЭК лечебно-профилактическая организация прилагает программу медицинской реабилитации инвалида с отметкой о ее выполнении, оценкой эффективности или указанием причин невыполнения.

Об исполнении программ социально-бытовой и(или) профессиональной реабилитации МРЭК уведомляется посредством отрывного талона, содержащегося в соответствующих разделах ИПР, отправляемого после завершения мер реабилитации с отметкой об их выполнении или указанием причин невыполнения.

Инвалидность I группы устанавливается на два года, **II и III группы** — на один год. У **инвалидов** в связи с катастрофой на **Чернобыльской АЭС** очередное переосвидетельствование производится **через пять лет**. У инвалидов в связи с участием в боевых действиях в Афганистане и на территории других государств при первичном освидетельствовании инвалидность устанавливается на 5 лет, при переосвидетельствовании — на общих основаниях.

Переосвидетельствование инвалидов проводится по истечении срока инвалидности, заканчивающейся *первого числа месяца, следующего за тем, в котором определялась инвалидность*.

**! Переосвидетельствование ранее указанных сроков и при бес-
срочном определении инвалидности проводится:**

- при изменении (ухудшении) состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности;
- при вскрытии в процессе предварительного расследования фактов противоправных действий (подложные документы, другое).

**! Без указания срока переосвидетельствования инвалидность ус-
танавливается:**

- женщинам старше 55 лет, мужчинам старше 60 лет; при стойких необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма, невозможности улучшения течения заболевания и социальной адаптации по причине неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий (после трех лет наблюдения МРЭК);

- при анатомических дефектах 1–3, перечисленных ниже.

1. Анатомическими дефектами, при наличии которых устанавливается I группа инвалидности у лиц старше 18 лет или четвертая степень утраты здоровья у детей, являются:

- культы обеих нижних конечностей на уровне бедер;
- культы обеих кистей с отсутствием всех фаланг четырех пальцев, включая первые или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей;
- сочетание экзартикуляции верхней (в плечевом суставе) и нижней (в тазобедренном суставе) конечностей;
- сочетание ампутации верхней конечности на уровне плеча и ампутации нижней конечности на уровне бедра;
- двусторонний анофтальм.

2. Анатомическими дефектами, при наличии которых устанавливается II группа инвалидности у лиц старше 18 лет или третья степень утраты здоровья у детей, являются:

- культы обеих кистей на уровне:
- отсутствие всех фаланг четырех пальцев, исключая первые;
- отсутствие всех фаланг трех пальцев, включая первые;
- отсутствие первого и второго пальцев с соответствующими пястными костями;
- отсутствие трех пальцев с соответствующими пястными костями;
- указанные выше культы кисти одной верхней конечности при ампутации другой верхней конечности на более высоком уровне;
- экзартикуляция одной верхней (в плечевом суставе) или одной нижней (в тазобедренном суставе) конечности;

- культы обеих нижних конечностей на уровне;
- культы стоп по Шопару;
- культы голеней, в том числе и по Пирогову;
- культя голени и более высокие ампутации одной нижней конечности в сочетании с отсутствием всех фаланг четырех пальцев или более высокой ампутацией одной верхней конечности;
- культя одной верхней конечности и отсутствие одного глаза;
- культя одной нижней конечности и отсутствие одного глаза.

3. Анатомическими дефектами, при наличии которых устанавливается III группа инвалидности у лиц старше 18 лет или вторая степень утраты здоровья у детей, являются:

- отсутствие всех фаланг четырех пальцев одной кисти, исключая первый;
- отсутствие всех фаланг трех пальцев кисти, включая первый;
- отсутствие первого и второго пальцев кисти с соответствующими пястными костями;
- отсутствие трех пальцев кисти с соответствующими пястными костями;
- отсутствие первых пальцев обеих кистей;
- более высокие ампутации одной верхней конечности;
- культя стопы после ампутации по Шопару и более высокие уровни ампутации одной нижней конечности;
- двусторонние культы стоп по Шопару;
- укорочение одной нижней конечности на 10 см и более;
- дефекты челюсти и твердого неба, если протезирование не обеспечивает жевания;
- низкий рост, патологически обусловленный (патология нейроэндокринной системы, опорно-двигательного аппарата) — рост менее 150 см;
- постоянное канюленосительство вследствие отсутствия гортани;
- обширный незамещенный аутотрансплантатом (собственной костью) костный дефект черепа (12 квадратных сантиметров и более);
- отсутствие одного глаза;
- отсутствие одного легкого;
- состояние после экстирпации желудка;
- состояние после тотальной тиреоидэктомии.

Медико-социальная экспертиза стойкой утраты трудоспособности и реабилитация больных и инвалидов в Беларуси проводится в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16 октября 2007 г. №1341 «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь и их отдельных».

4. МРЭК. ВИДЫ. ЗАДАЧИ. СОСТАВ

МРЭК осуществляет экспертизу нарушений жизнедеятельности граждан, составляет индивидуальные программы реабилитации. МРЭК находится в подчинении управлений здравоохранения исполкомов. Работа организуется по территориальному принципу, т. е. существуют областные, городские, районные, межрайонные комиссии. МРЭК делятся также на общие и специализированные. Финансирование этих организаций осуществляется из бюджета области, выделенного на охрану здоровья.

Состав областных МРЭК:

I. **Основной состав:** реабилитологи-эксперты (терапевт, хирург, невропатолог), старшая медицинская сестра, медрегистратор (оператор ЭВМ).

II. **Дополнительный штат** (в зависимости от объема работы): реабилитологи-эксперты (узкие специалисты: педиатр, окулист, психиатр и др.), врач-статистик.

III. **Другой персонал:** юристконсульт, главный бухгалтер, бухгалтер-кассир, инспектор по кадрам, водитель, уборщица, гардеробщица.

Состав районных, межрайонных и городских МРЭК: реабилитологи-эксперты (терапевт, хирург, невропатолог), методист-реабилитолог, старшая медсестра, медрегистратор (оператор ЭВМ).

Состав специализированных МРЭК: два врача-реабилитолога по профилю комиссии, терапевт или невропатолог, методист-реабилитолог, старшая медсестра, медрегистратор (оператор ЭВМ).

Обязанности и права областной МРЭК:

1. Организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью нижестоящих МРЭК.

2. Анализ состояния медико-социальной экспертизы и реабилитации.

3. Установление причин инвалидности.

4. Разработка мероприятий по профилактике инвалидности.

5. Повторная экспертиза по направлению нижестоящих МРЭК.

6. Выдача направлений в Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации инвалидов в сложных случаях.

7. Определение потребности в выделении специальных транспортных средств.

8. Внедрение научно-обоснованных методов работы.

9. Работа по повышению квалификации экспертов.

Руководит работой областных МРЭК главный эксперт области по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Он же является председателем одного из составов областной МРЭК.

Председателем комиссии назначается один из врачей.

Обязанности и права городских, районных, межрайонных и специализированных МРЭК:

1. Установление степени ограничения жизнедеятельности больных, причину и время наступления инвалидности.
2. Установление процентной доли утраты профессиональной трудоспособности для лиц, которые получили увечье в связи с исполнением производственных обязанностей.
3. Составление индивидуальных программ реабилитации для инвалидов.
4. Анализ результатов работы.
5. Участие в проведении конференций, совещаний, семинаров.
6. Решение вопросов трудоустройства инвалидов.
7. Оказание консультативной помощи ЛПО в вопросах МСЭ.
8. Осуществление контроля за проведением экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПО.
9. Выдача удостоверений инвалидам.

МРЭК имеют право требовать сведения об условиях работы инвалидов, а также направлять их на дообследование или на восстановительное лечение.

При проведении независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов. При несогласии граждан с заключением окончательное решение по результатам медицинской экспертизы выносится судом.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Советом Министров Республики Беларусь.

5. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу врачебно-консультационной комиссией организации здравоохранения, оказывающей ему медицинскую помощь (ВКК).

На медико-социальную экспертизу могут быть направлены также лица:

- без гражданства, иностранный гражданин, если иное не установлено международными договорами;
- без определенного места жительства;
- содержащиеся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь (учреждение) в случаях, установленных законодательными актами Республики Беларусь.

ВКК имеет право оформить направление на медико-социальную экспертизу **военнослужащему, лицу рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов (подраз-**

делений) по чрезвычайным ситуациям в случае признания его военно-врачебной комиссией (ВВК), военно-летной комиссией (ВЛК) негодным к военной службе.

ВКК направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленных заболеванием, последствием травмы или дефектом, и приведших к ограничениям жизнедеятельности.

При этом в направлении («Направление на МРЭК» (ф. № 088/у) на медико-социальную экспертизу, форма которого утверждается Министерством здравоохранения, **указываются анамнез, данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, степень выраженности ограничений жизнедеятельности, а также результаты проведенных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.**

При необходимости к направлению на медико-социальную экспертизу могут быть приложены медицинские и иные документы, необходимые и достаточные для принятия обоснованного заключения МРЭК.

В исключительных случаях, связанных со сложными вопросами медицинской экспертизы, ВКК может направить гражданина в комиссию на консультацию.

Консультативное заключение комиссии заносится в первичную медицинскую документацию гражданина.

6. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАНИНА

Дата регистрации в комиссии направления на медико-социальную экспертизу является датой начала проведения медико-социальной экспертизы.

Освидетельствование гражданина проводится по месту расположения комиссии не позднее 30 дней с даты регистрации в ней направления на медико-социальную экспертизу.

Гражданин, направленный в комиссию в период длительной временной нетрудоспособности, освидетельствуется вне очереди.

Если гражданин не может явиться в комиссию по состоянию здоровья, соответствующая запись вносится в направление на медико-социальную экспертизу. Освидетельствование гражданина в указанном случае может проводиться на выездном заседании комиссии:

- по месту его жительства;
- в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь;
- в стационарных учреждениях социального обслуживания.

При невозможности организовать выездное заседание комиссии заключение комиссии в исключительных случаях при согласии гражданина ***может быть вынесено заочно.***

Медико-социальная экспертиза проводится врачами-экспертами комиссии путем экспертного обследования гражданина, изучения направления на медико-социальную экспертизу, представленных медицинских и иных документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и иных данных. В проведении медико-социальной экспертизы имеют право принимать участие по приглашению председателя комиссии с правом совещательного голоса врачи-специалисты (консультанты) соответствующего профиля, представители органов по труду, занятости и социальной защите, страховых и иных организаций.

Заключение МРЭК о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается большинством голосов врачей-экспертов комиссии, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения ее результатов. **Голос председателя комиссии при равенстве голосов является решающим.**

Заключение МРЭК объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу (его законному представителю), председателем комиссии устно в присутствии всех врачей-экспертов, проводивших освидетельствование, которые в случае необходимости дают ему разъяснения по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

! Дата, когда комиссией вынесено заключение МРЭК, считается датой окончания медико-социальной экспертизы.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается дата регистрации в комиссии направления на медико-социальную экспертизу при условии освидетельствования гражданина в срок не позднее 60 дней с указанной даты.

В случае невозможности вынесения заключения МРЭК на основании представленных в нее медицинских экспертных документов в целях уточнения степени выраженности ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений комиссия составляет программу дополнительного обследования, которая утверждается председателем комиссии и направляется ВКК направляющей организации здравоохранения.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в организациях здравоохранения, получение заключения кабинета медико-профессиональной реабилитации, запрос необходимых сведений в иных организациях и другие мероприятия.

Выполнение программы дополнительного обследования должно быть завершено исполнителями, предусмотренными в ней, с представлением в ко-

миссию необходимых сведений и медицинских документов в 14-дневный срок с даты ее составления (при освидетельствовании гражданина в случае длительной временной нетрудоспособности — в 3-дневный срок). После получения необходимых данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, комиссия выносит заключение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина (его законного представителя) от дополнительного обследования и представления необходимых для принятия заключения комиссии документов заключение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем в акт освидетельствования вносится соответствующая запись.

Комиссия при проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведет протокол.

По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляются:

- акт освидетельствования в МРЭК (акт освидетельствования), который подписывается председателем комиссии, врачами-экспертами, проводившими медико-социальную экспертизу, а затем заверяется печатью;

- ИПР инвалида.

Форма индивидуальной программы реабилитации инвалида утверждается в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

В акт освидетельствования заносятся или приобщаются к нему заключения консультантов, привлекаемых к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия заключения МРЭК.

В протокол заседания комиссии, в отрывной талон направления на медико-социальную экспертизу заносятся:

1. заключение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом;

2. заключение для организации здравоохранения по месту жительства инвалида о формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации инвалида.

Протокол подписывается председателем, врачами-экспертами комиссии, а затем заверяется печатью.

Отрывной талон направления на медико-социальную экспертизу подписывается председателем комиссии, заверяется печатью и **направляется в организацию здравоохранения по месту жительства гражданина.**

В сложных экспертных случаях специализированная, межрайонная (районная, городская) комиссия имеет право в 3-дневный срок со дня проведения ею медико-социальной экспертизы направить в центральную комиссию акт освидетельствования гражданина с приложением всех имеющихся документов. Центральная комиссия проводит повторную медико-

социальную экспертизу гражданина в 20-дневный срок со дня регистрации в ней вышеуказанных документов.

Гражданину, признанному инвалидом (его законному представителю), комиссия выдает удостоверение инвалида, подтверждающее факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, причины инвалидности и сведений о сроке переосвидетельствования. Детям в удостоверении инвалида указывается категория «ребенок-инвалид» и степень утраты здоровья.

7. ПОРЯДОК ОБЖАЛОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕЖРАЙОННОЙ (РАЙОННОЙ, ГОРОДСКОЙ), ЦЕНТРАЛЬНОЙ КОМИССИИ

Гражданин (его законный представитель) может обжаловать заключение специализированной, межрайонной (районной, городской) комиссии в 30-дневный срок на основании письменного заявления, подаваемого в комиссию, проводившую медико-социальную экспертизу, либо в центральную комиссию.

Комиссия, проводившая медико-социальную экспертизу гражданина, в 3-дневный срок со дня регистрации его письменного заявления направляет его заявление, акт освидетельствования с приложением всех имеющихся документов в центральную комиссию.

Центральная комиссия не позднее 30 дней со дня регистрации письменного заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу (освидетельствование по обжалованию) и на основании полученных результатов выносит заключение МРЭК.

В случае обжалования гражданином заключения центральной комиссии главный врач МРЭК соответствующей области (г. Минска) поручает проведение медико-социальной экспертизы другому составу врачей-экспертов центральной комиссии МРЭК.

При несогласии гражданина (его законного представителя) с заключением МРЭК, вынесенным при освидетельствовании по обжалованию, в 30-дневный срок его медицинские экспертные документы могут быть рассмотрены при проведении независимой медицинской экспертизы в порядке, установленном Правительством Республики Беларусь.

Заключения центральной комиссии могут быть обжалованы гражданином в судебном порядке в сроки, установленные законодательством Республики Беларусь.

8. АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

При решении ситуационных задач по экспертизе стойкой нетрудоспособности следует придерживаться следующего порядка действий:

- 1) определить имеется ли в данном случае факт потери трудоспособности;
- 2) определить характер утраты трудоспособности (временная или стойкая);
- 3) определить вид и степень нарушения функций органа или системы;
- 4) определить вид и степень ограничения жизнедеятельности;
- 5) определить вид социальной недостаточности;
- 6) определить группу инвалидности и в зависимости от этого определиться в трудовых рекомендациях (см. приложение № 1);
- 7) при наличии признаков инвалидности определить причину;
- 8) установить срок инвалидности.

Пример решения задачи

Больная 42 лет, образование среднее, основная профессия штукатур. В течение 6 лет отмечала ноющую, сверлящую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающуюся к концу рабочего дня. За прошедший год состояние ухудшилось, появилась постоянная боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Больная испытывала трудности в работе, сменную норму не выполняла ввиду частых перерывов в работе.

Диагноз: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, умеренно выраженный стойкий болевой корешковый синдром, преимущественно справа. Проведите экспертизу трудоспособности.

1. Факт утраты трудоспособности имел место.
2. Нетрудоспособность стойкая.
3. Нарушение сенсорных функций умеренной степени.
4. Ограничение жизнедеятельности: ограничение способности к самостоятельному передвижению I степени — более длительная затрата времени при передвижении, ограничение способности к трудовой деятельности I степени — потеря профессии.
5. Экономическая зависимость — затруднение к материальной независимости.
6. Третья группа инвалидности. Работать по основной профессии не может. Может выполнять подсобные работы с легким физическим напряжением.
7. Причина инвалидности «общее заболевание»
8. Инвалидность установлена на 1 год.

Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия.

С целью закрепления пройденного материала студент должен самостоятельно ответить на задания тестового контроля, которые представлены в отдельных изданиях по курсу «Общественное здоровье и здравоохранение».

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТ

Выберите правильные ответы

1. Экспертиза нетрудоспособности — это вид медицинской деятельности, целью которой является:

Варианты ответа:

- а) оценка состояния здоровья пациента;
- б) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента;
- в) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз);
- г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения.

2. Укажите функции листка нетрудоспособности:

Варианты ответа:

- а) юридическая;
- б) медицинская;
- в) финансовая;
- г) статистическая;
- д) управленческая.

3. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности?

Варианты ответа:

- а) мед. работники скорой помощи;
- б) мед. работники станций переливания крови;
- в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы;
- д) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- е) лечащие врачи туберкулезных санаториев и клиник НИИ протезирования;
- ж) медицинские работники домов отдыха и туристических баз;
- з) мед. работники учреждений Госсанэпиднадзора;
- и) медицинские работники со средним медицинским образованием по специальному разрешению.

4. Какие документы должен представить пациент для получения листка нетрудоспособности?

Варианты ответа:

- а) страховой медицинский полис;
- б) паспорт;
- в) медицинская карта амбулаторного больного;

- г) письменное разрешение главврача поликлиники;
- д) военный билет для военнослужащих.

5. В ВКК входят:

Варианты ответа:

- а) лечащий врач и зав. отделением;
- б) зав. отделением и зам. главного врача по ВКК;
- в) зав. отделением и главный врач;
- г) зам. главного врача по ВКК и представитель органов управления здравоохранением;
- д) лечащий врач, зав. отделением и зам. главного врача по ВКК.

6. На какой срок может продлить листок нетрудоспособности средний мед. работник, имеющий право его выдачи?

Варианты ответа:

- а) до 3-х дней;
- б) до 15-и дней;
- в) до 20-и дней;
- г) в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего ЛПУ — до 30 дней.

7. На какой максимальный срок может выдавать единолично и одновременно листки нетрудоспособности средний медицинский работник, имеющий право их выдачи в период эпидемии гриппа?

Варианты ответа:

- а) до 3-х дней;
- б) до 6-и дней;
- в) до 10-и дней;
- г) не более 30-и дней.

8. Сколько листков нетрудоспособности выдается при одновременном заболевании 2-х и более детей?

Варианты ответа:

- а) один;
- б) два (один — отцу, другой — матери);
- в) по количеству болеющих детей.

9. Листок нетрудоспособности выдается, если человек заболел:

Варианты ответа:

- а) находясь в очередном отпуске;
- б) в предпраздничные дни;
- в) находясь в очередном отпуске без сохранения содержания;
- г) во время отгула;
- д) имея на руках листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Общественное здоровье и здравоохранение / под ред. Ю. П. Лисицина. — М. : Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 517 с.
2. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. Ю. П. Лисицина. — М. : Медицина, 1992. — 620 с.
3. Шаршакова, Т. М. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению / Т. М. Шаршакова. — Гомель : ГоГМУ, 2004. — 154 с.
4. «Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» от 25 октября 2007 г. № 97.
5. Постановление «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь и их отдельных положений» от 16 октября 2007 г. № 1341.
6. Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях от 16.10.2007 № 1341.

Дополнительная

1. Справочник по врачебно-трудовой экспертизе / под общей ред. проф. Д. И. Грицкевича. — М. : Медицина, 1972.
2. Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов / под ред. П. А. Маккавейского. — Л. : Медицина, 1981.
3. Врачебно-трудовая экспертиза. / Н. А. Стадченко, Ю. М. Алисова, А. А. Лавров. — М. : Медицина, 1986.

Приложение А

Республика Беларусь
Министерство здравоохранения
Наименование учреждения, адрес

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация, форма № _____
от _____

НАПРАВЛЕНИЕ НА МРЭЖ

- 1. Фамилия, имя, отчество _____
- 2. Дата рождения _____
- 3. Адрес больного _____
- 4. Инвалид _____
- 5. Место работы и адрес.

- 6. Профессия _____
- 7. Должность _____
- 8. Характер и условия труда _____
- 9. Изменение профессии или условий работы за последний год, трудовая установка _____
- 10. Под наблюдение лечебно-профилактического учреждения с «__» _____ 200__
- 11. История настоящего заболевания, проведенные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия и их результаты _____

- 12. Рекомендуемые мероприятия медицинской реабилитации и др. меры по восстановлению жизнедеятельности _____

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

	Число, месяц	Название болезни
с	по	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ЛИНИЯ АДРЕЗА

Минздрав Беларуси _____ Наименование учреждения, адрес _____
Извещение лечебно-профилактического учреждения о решении МРЭЖ
1. Фамилия, имя, отчество больного; возраст _____
2. Дата _____
3. № акта _____
4. Диагноз МРЭЖ _____

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях	5
2. Инвалидность. Критерий определения групп инвалидности	13
3. Основные положения медико-социальной экспертизы инвалидности	17
4. МРЭК. Виды. Задачи. Состав	21
5. Порядок направления на медико-социальную экспертизу	22
6. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина	23
7. Порядок обжалования заключения специализированной, межрайонной (районной, городской), центральной комиссии	26
8. Алгоритм решения ситуационных задач по экспертизе стойкой нетрудоспособности	27
Самоконтроль усвоения темы	28
Литература	30
Приложение А	31

Учебное издание

Василькова Ольга Николаевна
Шаршакова Тамара Михайловна
Васильков Николай Андреевич

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ
СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4, 5 курсов
всех факультетов высших медицинских учебных заведений**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 22.04.2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 2,39. Тираж 100 экз. Заказ № 139

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30.04.2004