МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

В.Б. Смычек, Д.С. Казакевич, Г.С. Северин

Медико-социальная экспертиза в организациях здравоохранения

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2013

УДК 616-036.865(075.9)
ББК 51.1(2)3я73
С 52

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования протокол № 5 от 25.06. 2013

Авторы:

Д-р мед. наук, профессор, директор ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации» *В.Б.Смычек*

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры медицинской экспертизы и реабилитации БелМАПО *Д.С. Казакевич*

канд. мед. наук доцент, врач-эксперт УЗ «Минская городская МРЭК» *Г.С. Северин*

Рецензенты:

зам директора по научной работе ГУ «РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», канд. мед. наук., доцент *Малахова И.В.*

кафедра общественного здоровья и здравоохранения БГМУ

Смычек В.Б.,

С 52 Медико-социальная экспертиза в организациях здравоохранения: учеб.-метод. пособие /В.Б. Смычек, Д.С. Казакевич, Г.С. Северин. – Минск: БелМАПО, 2013. – 28с.

ISNB 978-985-499-755-1

В учебно-методическом пособии представлены современные принципы организации медико-социальной экспертизы, этапы ее проведения, основные требования к оформлению ««Направления на медико-социальную экспертизу», формированию клинико-функционального диагноза при направлении пациентов в медико-реабилитационную экспертную комиссию.

Пособие предназначено для оптимизации и стандартизации работы врачебно-консультационных комиссий, заведующих отделениями, лечащих врачей при проведении медико-социальной экспертизы в государственных организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь населению в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

УДК 616-036.865(075.9)
ББК 51.1(2)3я73

ISBN 978-985-499-755-1

© Смычек В.Б., [и др.], 2013
© Оформление БелМАПО, 2013

Медико-социальная экспертиза в организациях здравоохранения

Теоретической основой медико-социальной экспертизы (далее - МСЭ) служит концепция последствий болезни, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения. Согласно этой концепции, воздействие болезни на организм человека осуществляется на трёх уровнях: органном, организменном и социальном, что позволяет найти взаимосвязь между клиническими проявлениями болезни и социальными факторами путем определения степени выраженности социальной дезадаптации. При подобном подходе оцениваются медико-социальные последствия болезни.

Болезнь (травма)	→	Нарушение функций (ФК 1-4)	→	Ограничение жизнедеятельности (ФК 1-4)	→	Социальная недостаточность	→	Инвалидность	
								↓	↓
								взрослые 1,2,3 группа	дети 1,2,3,4 степень утраты здоровья (СУЗ)

Нарушение – любая потеря, отклонение от нормы или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. Это внешнее проявление патологического состояния, расстройство на уровне органа, которое может быть временным или постоянным.

Ограничение жизнедеятельности (далее – ОЖД) - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью и ведущей возрастной деятельностью (у лиц в возрасте до 18 лет), которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычном для человека. Это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальным для человека данного возраста.

Социальная недостаточность – социальные последствия имеющегося ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания, дефекта или травмы, приводящие к неспособности человека выполнять обычную для его положения роль в жизни (с учетом возраста, пола, образования, места жительства), поддерживать экономическую независимость, осуществлять присущую индивидууму деятельность (в том числе профессиональную), создающие потребность в дополнительной помощи и социальной защите.

Инвалидность – социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты.

Синдром взаимного отягощения (далее – СВО) – сложная патофизиологическая реакция организма на сочетанное поражение его взаимосвязанных систем, приводящая к снижению компенсаторных возможностей организма при воздействии неблагоприятных внешних и (или) внутренних факторов, что усугубляет нарушение функции пораженного органа (системы), замедляет восстановление нарушенных функций и проявляется более выраженной, чем при изолированном поражении одной из систем, степенью ограничения жизнедеятельности. Это взаимное отягощение нарушенных функций вследствие различных заболеваний, но в рамках одной из категорий жизнедеятельности.

Синдром социальной компенсации (далее – ССК) – наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности одной степени выраженности (без учета способности к трудовой деятельности и способности к обучению), что приводит к более выраженной степени социальной недостаточности, чем при наличии снижения одной или двух категорий жизнедеятельности. Таким образом, при наличии ССК группа инвалидности устанавливается на ранг выше, чем при наличии ограничения одной или двух категорий жизнедеятельности.

Проведение МСЭ регламентируется Инструкцией 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, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 №97 (ред. от 29.06.2012 №83) (далее - Инструкция).

МСЭ - освидетельствование гражданина с целью определения у него степени нарушения функций органов и систем, степени ОЖД, клинико-трудового прогноза, реабилитационного потенциала (далее - РП), установления инвалидности с вынесением заключения медико-реабилитационной экспертной комиссией (далее – МРЭК) по форме, утверждаемой Министерством здравоохранения; определения конкретных объемов, видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий и формирования индивидуальной программы реабилитации инвалида либо программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания (далее – ИПР инвалида), вынесения заключения для организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) инвалида для формирования индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Пациенты, у которых болезнь или травма привела к стойкому ОЖД (от умеренной до резко выраженной степени), в том числе в связи неблагоприятным (абсолютно неблагоприятным для жизни на ближайшее время или относительно неблагоприятным) клиническим и трудовым прогнозом (независимо от степени ограничения жизнедеятельности на момент освидетельствования) или с наличием анатомического дефекта направляются

на освидетельствование в МРЭК. В МРЭК также направляются пациенты при несоответствии состояния их здоровья (даже при наличии легких функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности) требованиям, предъявляемым профессией (характером и условиями труда, в том числе гигиеническими и психофизиологическими факторами трудовой деятельности, содержанием и объемом выполняемой работы), в случае невозможности рационального трудоустройства. При этом у данной категории пациентов определяется умеренное ограничение (ФК 2) лишь способности к труду в связи с потерей профессии.

При проведении МСЭ устанавливается группа инвалидности (детям в возрасте до 18 лет – степень утраты здоровья (далее - СУЗ), причина инвалидности, в показанных случаях - степень утраты профессиональной трудоспособности, нуждаемость в дополнительных видах помощи; определяются вид, объем и сроки проведения реабилитационных мероприятий, медицинские показания к различным видам социальной помощи и выносятся рекомендации по трудовому устройству граждан.

МСЭ проводится в два этапа:

- первый этап - в организации здравоохранения, где осуществляется весь комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, проводится отбор и направление пациентов в МРЭК;
- второй этап - в МРЭК, где осуществляется фактическое освидетельствование гражданина.

Основную работу по оценке состояния здоровья граждан осуществляют организации здравоохранения, выявляя те нарушения функций органов и систем организма, которые способны оказать влияние на жизнедеятельность пациента и стать причиной тех ограничений, которые приводят к социальной дезадаптации, т.е. к инвалидности.

МСЭ в организации здравоохранения проводится с целью оценки состояния здоровья пациента, своевременной диагностики характера и степени функциональных нарушений, наблюдения за характером течения заболевания (травмы), проведения необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий с целью профилактики социальной недостаточности (инвалидности) или снижения ее тяжести, предоставления другой работы в показанных условиях труда по заключению врачебно-консультационной комиссии (далее – ВКК).

МСЭ в организации здравоохранения включает:

1. Отбор пациентов – т.е. выявление показаний для своевременного направления в МРЭК:

- длительно болеющих пациентов, которые направляются в МРЭК для контрольного освидетельствования в установленные законодательством сроки;

Длительно болеющие – лица, у которых временная нетрудоспособность (далее - ВН) превышает 120 дней подряд при любых заболеваниях (180 дней –

при заболевании туберкулезом) или 150 дней с перерывами за последние 12 месяцев по одному или этиологически связанным заболеваниям (240 дней суммарной ВН – при заболевании туберкулезом).
- граждан при наличии у них признаков инвалидности (т.е. при выявлении стойких нарушений функций органов и систем организма, приводящих к ограничению различных сторон жизнедеятельности пациента, его способностей), которые направляются в МРЭК в любые сроки ВН, а так же без предшествующей ВН;
- граждан в случае несоответствия состояния их здоровья требованиям, предъявляемых профессией (в случае невозможности их рационального трудоустройства);
- граждан при наличии у них других (не медицинских) показаний для направления в МРЭК (например, изменение причины инвалидности, трудовых рекомендаций, др.).

2. Направление на медико-социальную экспертизу в МРЭК:
- **первичное** (в периоде ВН или без предшествующей ВН);
- **повторное**, переосвидетельствование (очередное или досрочное).

На МСЭ направляются граждане Республики Беларусь, лица без гражданства, без определенного места жительства, иностранные граждане, имеющие вид на жительство (в соответствии с международными соглашениями), лица, содержащиеся в учреждениях уголовно-исправительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь, лица рядового и начальствующего состава Следственного комитета, органов внутренних дел, финансовых расследований Комитета госконтроля Республики Беларусь, органов по чрезвычайным ситуациям, военнослужащие в случае их признания военно-врачебной комиссией (далее - ВВК) или врачебно-летной комиссией не годными к военной службе.

На МСЭ направляются пациенты только ВКК организаций здравоохранения, которые оказывают им медицинскую помощь. Согласно законодательству ВКК, являясь интегративным, центральным звеном клинико-экспертной работы в организации здравоохранения, должна направлять гражданина на МСЭ только после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленных заболеванием (последствием травмы или дефектом) и приводящих к ОЖД.

Законодательством Республики Беларусь закреплено динамическое наблюдение на ВКК за длительно болеющими пациентами в сроки 30, 60, 90 и 105 дней ВН, целью которого является контроль обоснованности продления ВН и своевременного выявления признаков инвалидности. Пациенты должны направляться на ВКК в установленные сроки или на один день раньше.

3. Алгоритм в работе ВКК при освидетельствовании длительно болеющих пациентов:

- оценка обоснованности диагноза, т.е. сопоставление субъективных проявлений заболевания (травмы) (жалоб пациента, симптомов заболевания) с объективно выявленными признаками, данными клинико-функциональных методов исследования, проведение дифференциальной диагностики;
- оценка полноты, качества и эффективности лечебных (в т.ч. хирургического лечения) и реабилитационных мероприятий в соответствии с утвержденными клиническими протоколами, оценка выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (далее - ИПР пациента) (согласно форме №7-мсэ/у-09);
- оценка обоснованности сроков ВН и сопоставление их с научно-обоснованными ориентировочными (оптимально-минимальными) сроками ВН. Если сроки данного случая ВН превышают ориентировочные, то ВКК необходимо установить причину отклонений - удлинения сроков ВН;
- определение предварительного клинического прогноза (предвидение течения и исхода заболевания) и предварительного трудового прогноза (предвидение возможности восстановления трудоспособности пациента) в ранние сроки ВН;
- определение окончательного клинического и трудового прогноза в более поздние сроки ВН. При тяжелой патологии с выраженными и резко выраженными нарушениями функций при отсутствии объективных признаков положительной динамики это возможно уже на 60-й день ВН (абсолютно неблагоприятный прогноз);
- вынесение заключения и рекомендаций ВКК – после каждого освидетельствования на ВКК (например, рекомендации о необходимости дообследования, коррекции лечения, консультации специалистов по профилю заболевания, необходимости госпитализации больного, о включении реабилитации в лечебно-диагностический процесс);
- заполнение формы №2-мсэ/у-09 «Направление на медико-социальную экспертизу» (далее – «Направление на МСЭ») в соответствие с установленными требованиями.

Организации здравоохранения несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в «Направлении на МСЭ», которое является основным документом, содержащим все необходимые сведения о пациенте.

Основные недостатки в оформлении направления на МСЭ, которые затрудняют работу врачей-экспертов МРЭК, ведут к необходимости составления программы дополнительного обследования, затягиванию сроков экспертизы, приводят к конфликтам, а в некоторых случаях - к неправильному экспертному заключению**:**

1) отсутствие детализации жалоб пациента; неполно собранный анамнез; непоследовательное описание статуса;

2) неполное клинико-функциональное обследование пациента (недостаточный объем диагностических исследований для подтверждения степени функциональных нарушений и ОЖД);
3) несоответствие диагноза принятой классификации;
4) отсутствие клинико-функционального диагноза, указаний на динамику и характер течения заболевания; неправильное установление или недостаточная обоснованность клинико-функционального диагноза;
5) несоответствие степени функциональных нарушений органов и систем организма, указанным в направлении на МСЭ, данным экспертно-реабилитационной диагностики (недооценка, переоценка – занижение или завышение степени выраженности функциональных нарушений); несоответствие степени функциональных нарушений степени ограничений отдельных категорий жизнедеятельности;
6) отсутствие сведений или неполные данные о наличии, тяжести, характере течения сопутствующих заболеваний, которые нередко имеют значение при вынесении экспертного решения (из-за формирования синдрома взаимного отягощения, синдрома социальной компенсации);
7) недостаточность сведений о проведенном лечении, медицинской реабилитации, их эффективности;
8) отсутствие консультаций врачей-специалистов;
9) отсутствие сведений об условиях и характере труда пациента, о наличии противопоказанных факторов в работе, что затрудняет экспертизу лиц трудоспособного возраста и формирование трудовых рекомендаций.

С учетом недостатков, которые встречаются при оформлении направлении направления на МРЭК, представляется важным определить основные требования к оформлению формы 02-мсэ/у-09.

Основные требования к заполнению «Направления на медико-социальную экспертизу» (форма № 2-мсэ/у-09) при первичном направлении на МСЭ:

- полное и четкое заполнение всех граф направления;
- тщательное заполнение паспортных данных (фамилия, имя, отчество, возраст и т.д.) в соответствии с документами, удостоверяющими личность (паспорт, вид на жительство, удостоверение беженца);
- указание точного адреса места жительства и места работы;
- подробное описание истории заболевания (травмы) – указываются сведения:

❖ о начале заболевания (характере травмы, обстоятельствах возникновения);
❖ об особенностях течения заболевания (травмы);
❖ об обострениях заболевания (частота, тяжесть и длительность обострений, декомпенсаций, приступов, пароксизмов, др.);
❖ о числе и длительности случаев ВН за 12 месяцев, предшествовавших направлению в МРЭК (у работающих пациентов). Дополнительно предоставляются: заверенная копия трудовой книжки, производственная характеристика, карта аттестации рабочего места;

- о характере, эффективности проведенного лечения (амбулаторного или стационарного, в том числе хирургического лечения);
- об эффективности проведенной медицинской реабилитации в соответствии с ИПР пациента.

Анамнез жизни, история болезни должны содержать сведения, позволяющие оценить характер и тип течения болезни, эффективность проведенного лечения и реабилитационных мероприятий. Особое внимание следует обратить на заболевания, в клинической картине которых имеют место пароксизмальные состояния (гипертонические кризы, приступы фибрилляции предсердий, эпиприпадки, обмороки и т.д.). Ответственность за оценку частоты и, особенно, характера пароксизмов целиком ложиться на ВКК организаций здравоохранения т.к. при освидетельствовании в МРЭК вне пароксизма объективизация его характера невозможна (в отличие от, например, имеющихся двигательных нарушений, болевого синдрома и пр.). Для такой оценки врачи учреждения здравоохранения должны учитывать данные динамического наблюдения за пациентом, результаты стационарного обследования и лечения, сведения станции скорой помощи (частота вызовов, диагнозы, оказанную помощь, обращения в приемный покой стационара и др.).

Статусы и заключения узких специалистов приводятся в зависимости от наличия соответствующей патологии.

Описание **статусов объективного осмотра** должно начинаться с основного инвалидизирующего заболевания.

При описании объективного статуса каждым специалистом подробно и последовательно должны излагаться жалобы, данные объективного обследования.

При терапевтической патологии:

- степень артериальной гипертензии (АГ) должна подтверждаться профилем артериального давления (АД), суточным мониторированием АД; частота и тяжесть гипертонических кризов – данными организаций здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь, данными, полученными со станции скорой помощи, выписками из медицинской карты стационарного пациента. Степень АД должна оцениваться с учетом эффективности гипотензивной терапии;

- функциональный класс стенокардии должен подтверждаться данными нагрузочного тестирования (велоэргометрическая проба, тредмилтест), суточным мониторированием ЭКГ;

- стадия хронической сердечной недостаточности должна подтверждаться данными эхокардиографического, рентгенографического исследования;

- стадия хронической болезни почек – соответствующими данными общего и биохимического анализов крови, анализами мочи, уровнем скорости клубочковой фильтрации, др.

При неврологической патологии:

- описание неврологического статуса должно быть последовательным; соблюден алгоритм осмотра: черепная иннервация, двигательная сфера (сила, тонус мышц), рефлексы, чувствительность, статика, координация, ходьба;

- при диагностике ишемического инсульта указывается его подтип (атеротромботический, кардиоэмболический и др.), сосудистый бассейн и локализация инфаркта мозга (по данным компьютерной томографии / МРТ), период болезни (ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствия, отдаленные последствия), характер и степень нарушенных функций (двигательных, речевых, др.);

- у лиц пожилого и старческого возраста при диагностике дисциркуляторной энцефалопатии следует объективно оценивать стадию (1 – начальная, компенсированная, 2 – умеренная, субкомпенсированная, 3 – выраженная, декомпенсированная), выявлять психопатологическую симптоматику (консультация психиатра, психолога), экстрапирамидные нарушения, нарушения ходьбы;

- при вертеброгенной патологии первым указывается синдром – клиническое проявление остеохондроза: корешковый, корешково-сосудистый (радикулоишемия), спинальный (миелопатия) с оценкой выраженности нарушенных функций (болевой синдром, двигательные нарушения). Затем дается характеристика остеохондроза: локализация по сегментам (L4-L5, L5-S1), осложнения (выпячивание диска, выпадение, стеноз позвоночного канала), в случае оперативного лечения – вид операции (интергемиляминэктомия, гемиляминэктомия, удаление грыжи диска) и ее эффективность;

- при эпилепсии должно быть четкое описание анамнеза заболевания, характера припадков (начало, наличие предвестников, ауры, сведения об отключении или потере сознания, длительность постприступной оглушенности или ее отсутствие); максимально возможное определение частоты припадков (на основании дневника пациента, сведений родственников, эпикризов стационаров); подробное описание лечения (лекарственные препараты, дозы, регулярность их приема); данные компьютерной томографии / МРТ; консультативное заключение психолога, психиатра с результатами психологического тестирования; в сложных случаях и при первичном направлении пациента в МРЭК – консультативное заключение специалистов РНПЦ неврологии и нейрохирургии, РНПЦ психического здоровья с записью картированной электроэнцефалограммы.

При хирургической, ортопедотравматологической патологии:

- дегенеративные поражения суставов должны подтверждаться методами рентгенологической диагностики (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография);

- степень хроническая артериальная недостаточность при облитерирующих поражениях сосудов нижних конечностей - УЗИ сосудов нижних конечностей и др.

- при нарушении функции тазовых органов необходима консультация уролога (проктолога).

Заключения (статусы) узких специалистов приводятся в зависимости от наличия соответствующей патологии. В том случае, когда инвалидизирующее заболевание проявляется тяжелыми нарушениями функций, дающими безусловное основание для установления 1 или 2 группы (например, резко выраженные, выраженные психические нарушения, двигательные нарушения) при диагностике сопутствующих заболеваний не следует перегружать обследования различными параклиническими методами, консультациями специалистов.

Так, например, у пожилых пациентов, зачастую нетранспортабельных, при наличии тяжелой сосудистой деменции, консультации окулиста, отоларинголога, гинеколога с позиции медицинской экспертизы не обязательны, ибо установление 1 группы инвалидности обусловлено основным заболеванием.

При описании состояния пациента (в случае освидетельствования его на дому) для оценки степени ограничения самообслуживания в «Направлении на МСЭ» необходимо отражать степень его активности в быту, во время пребывания в стационаре, при посещении поликлиники, при осмотре его лечащим врачом на дому.

В направлении должны быть представлены (в том числе приложены заверенные лечащим врачом ксерокопии) **данные экспертно-реабилитационной диагностики**, проведенной в соответствии с конкретным заболеванием (перенесенной травмой). Перечень объема обследований изложен в Приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.01.2012 №2 «Об утверждении Перечня обследований пациентов для направления на медико-социальную экспертизу в медико-реабилитационные экспертные комиссии и в консультативно-поликлиническое отделение государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

Учитывая, что вынесение заключения о группе инвалидности трудоспособным лицам зависит не только от медико-биологических последствий заболевания (травмы), но и от социальных факторов - возможности работать в своей профессии, выполнять другие виды труда, в направлении на МСЭ в обязательном порядке должны быть указаны сведения о месте работы (службы, учебы), должности, основной специальности (профессии) пациента, продолжительности работы по указанной специальности (профессии) и представлены заверенная копия трудовой книжки, производственная характеристика и карта аттестации рабочего места. В направлении указывается, если пациент не работает.

Логическим завершением заполнения «Направления на МСЭ» является **выбор основного инвалидизирующего заболевания** и, особенно, построение **клинико-функционального диагноза**

При наличии нескольких заболеваний основным следует считать заболевание, которое проявляется наиболее выраженными нарушениями функций, ограничивающими жизнедеятельность пациента. Особенно это касается лиц пожилого и старческого возраста, характеризующегося полиморбидностью. Терапевты нередко основное внимание уделяют ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, в то время как ограничения жизнедеятельности пациента могут быть в большей степени обусловлены дисциркуляторной энцефалопатией с когнитивными нарушениями, нарушением ходьбы или, возможно, патологией опорно-двигательного аппарата (деформирующие артрозы), сосудистой патологией нижних конечностей (облитерирующий атеросклероз).

Клинико-функциональный диагноз, являясь основой клинического прогноза, формируется в соответствии с традиционными положениями клинической медицины и медицинской экспертизы на основании экспертно-реабилитационной диагностики, оценки характера течения заболевания (травмы) и анализа медицинских документов.

При направлении пациентов в МРЭК врачи организаций здравоохранения нередко дословно переписывают диагнозы из эпикризов стационаров, хотя на момент направления в МРЭК характер и степень выраженности нарушенных функций может измениться.

Важно подчеркнуть, что основным должен быть нозологический (этиологический) диагноз, а не синдромальный. Например: «Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы (далее - ЧМТ) с генерализованными эпиприпадками средней частоты», а не «Симптоматическая эпилепсия с эпиприпадками», а затем - последствия ЧМТ.

Построение клинико-функционального диагноза

Признание пациента инвалидом, определение той или иной группы инвалидности зависит, прежде всего, от характера и степени выраженности нарушенных функций. Вот почему в практике МСЭ, как ни в какой другой сфере медицинской деятельности, диагноз должен быть развернутым клинико-функциональным.

Клиническая часть диагноза должна отражать нозологическую форму заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), этиологию (при возможности), ведущие морфологические изменения органов. Далее следует отразить период течения болезни или травмы (там, где периодизация патологии разработана).

Функциональная часть диагноза должна включать характер нарушенных функций, возникших в результате заболевания (травмы) и, что особенно важно, степень их выраженности.

При наличии нескольких видов нарушенных функций их следует располагать в порядке уменьшающейся (убывания) степени выраженности (например, хроническая сердечная недостаточность 2А стадии, умеренный парез, хроническая почечная недостаточность, латентная стадия, дыхательная недостаточность 1ст., др.).

Выделение промежуточных стадий заболевания (1-2, 2-3) неправомочно.

В заключительной части диагноза отражается характер течения (хронический, хронически-ремитирующий (обострение - полная ремиссия), хронически-рецидивирующий (обострение – неполная ремиссия) – указывается частота обострений, и тип течения болезни (стационарный, регредиентный, прогредиентный), при пароксизмальных проявлениях болезни – характер, тяжесть и частота пароксизмов. При прогредиентном типе течения необходимо оценить темп прогрессирования болезни (медленный, средний, быстрый).

Например, ИБС: стенокардия напряжения ФК 3 с прогрессированием средней частоты (от__); фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма со среднетяжелыми пароксизмами средней частоты; хроническая сердечная недостаточность 1 стадии (с декомпенсацией до 2А стадии от__).

В отдельных случаях указывается реакция на проводимое специфическое лечение. Например, при миастении - «с хорошей реакцией на прием антихолинэстеразных препаратов», при паркинсонизме – «хорошая реакция на прием препаратов леводопы».

В отличие от нозологического диагноза (диагноза болезни) развернутый клинико-функциональный диагноз является индивидуализированным, то есть отражает состояние конкретного пациента с конкретным заболеванием, что позволяет определять тактику ведения пациента на всех этапах лечения (стационарный, амбулаторный): показания к ВН и ее сроки, планировать реабилитационные мероприятия (построение ИПР), оценивать эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий и определять показания для направления в МРЭК.

Клинико-функциональный диагноз формируется с учетом эффекта компенсации, например, АГ 3 степени, компенсированная комбинированной гипотензивной терапией до АГ 2 степени, риск 4.

При проведении оперативного лечения оценивается его эффективность. Например, Хроническая ревматическая болезнь сердца: оперированный порок митрального клапана (вид оперативного вмешательства, протеза, др., дата проведения операции) по поводу___(указать причину, в связи с наличием которой проводилось оперативное лечение); далее указываются те морфологические изменения и функциональные нарушения, которые не были устранены в ходе операции или вновь выявленные).

При наличии нескольких заболеваний построение клинико-функционального диагноза необходимо и для сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к формированию синдрома взаимного отягощения (далее – СВО) и (или) синдрома социальной компенсации (далее – ССК).

Если формируется СВО, диагноз(ы) сопутствующего(их) заболевания(ий) рекомендуется включать в раздел «основное заболевание», если нет – в сопутствующие.

Примеры клинико-функциональных диагнозов:

1. Ишемический атеросклеротический инсульт в левом КБА с формированием инфаркта мозга (указать локализацию на основании компьютерной томографии или МРТ), ранний восстановительный период с выраженным правосторонним гемипарезом, умеренной моторной афазией.
2. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст., смешанная форма (атеросклеротическая, гипертоническая) с умеренными координаторными нарушениями, эмоционально-лабильным расстройством, легким когнитивным снижением.
3. Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, 2 ст. тяжести по Хен-Яру с преимущественным вовлечением левых конечностей, прогредиентное течение, медленный темп прогрессирования, хорошая реакция на препараты леводопы.
4. Последствия тяжелой закрытой ЧМТ: ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, гематома правой лобно-височной области (резекционная трепанация (дата), удаление гематомы) с выраженным левосторонним гемипарезом, выраженным психо-органическим синдромом. Дефект черепа лобно-височной области справа (размер).
6. Дискогенная левосторонняя радикулопатия S1 с умеренным болевым и рефлекторно-тоническим синдромами. Остеохондроз L4-L5, L5- S1, грыжа диска L5- S1, интергемиляминэктомия L5- S1, удаление грыжи диска (дата).
7. Лимфедема обеих нижних конечностей. Хроническая лимфатическая недостаточность 3 ст., осложненная вторичным варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей с рецидивирующим рожистым воспалением средней частоты и длительности.
8. Тотально эндопротезированный левый тазобедренный сустав (__ дата) по поводу асептического некроза головки бедра, ФНС 1, справа диспласический деформирующий артроз 1 ст., ФНС 1. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника 2 ст. Вертеброгенная левосторонняя радикулоишемия L5, S1 с умеренным парезом стопы.
9. Посттравматические (производственная травма ____ дата) ампутационные культи 2 и 3 пальцев на уровне средней трети пястных костей, несросшиеся переломы основных фаланг 4 и 5 пальцев правой кисти с выраженной контрактурой в межфаланговых суставах.
10. Сросшийся компрессионный перелом с деформацией тел 1 и 2 поясничных позвонков (L1, L2) 2 ст. (указать, если травма производственная, ___ дата), ФНП 3.
11. ИБС: постинфарктный (повторный трансмуральный инфаркт миокарда передне-перегородочной области от ___(дата), крупноочаговый инфаркт миокарда от____(дата) и атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз

аорты с расширением восходящего отдела аорты, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (___(дата) АКШ в ОВ, ДВ1, ЗМЖВ, МКШ в ПМЖВ, биопротезирование митрального клапана «SJM-33» по поводу недостаточности митрального клапана 4 ст, пластика ТК по Де-Вега), недостаточность клапана легочной артерии с регургитацией 2 ст, частая желудочковая экстрасистолия (3-4а-4б градации по Лауну), редкая наджелудочковая экстрасистолия с короткими эпизодами наджелудочковой тахикардии (по данным холтеровского мониторирования ЭКГ от__(дата), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий со среднетяжелыми пароксизмами средней частоты, умеренная легочная гипертензия, Н2А стадии.

12. Артериальная гипертензия 3, риск 3 со среднетяжелыми средней частоты и легкими частыми гипертоническими кризами.

13. Хроническая обструктивная болезнь легких, 3 стадия, тяжелое течение с обострениями средней частоты, ДН 2 степени.

14. Цирроз печени, крупноузловой, субкомпенсация, класс тяжести по Чайлд-Пью В, портальная гипертензия 2 (умеренный асцит, гепато-, спленомегалия, варикозное расширение вен нижней трети пищевода), синдром гиперспленизма (умеренная анемия, тромбоцитопения, лейкопения).

15. Сахарный диабет, тип 2, средней степени тяжести, клинико-метаболическая субкомпенсация, диабетическая препролиферативная ретинопатия обоих глаз со снижением остроты зрения до 0,6/0,4 с коррекцией, диабетическая нефропатия 4 стадии, хроническая болезнь почек С2А2, диабетическая ангиопатия нижних конечностей с ХАН 2 степени.

Учитывая био-психо-социальную модель болезни, в МСЭ важное значение имеет психодиагностическое обследование с оценкой степени выраженности психопатологических нарушений (синдромов), проводимое врачами-специалистами с использованием необходимых диагностических тестов и опросников.

В направлении на МСЭ обязательно должны быть указаны

- основные **виды нарушений функций** организма пациента (например, нарушение статодинамической функции, нарушение функции кровообращения, дыхания, нарушение зрительной, психической функции) и степень их выраженности: легкие (незначительно выраженные), умеренные (умеренно выраженные), выраженные, резко выраженные нарушения функции;

- основные **категории жизнедеятельности** (способность к самообслуживанию; способность к самостоятельному передвижению; способность к трудовой деятельности; способность к ориентации; способность к общению; способность контролировать свое поведение; способность к обучению; способность к ведущей возрастной деятельности), нарушенные у пациента в результате заболевания (травмы), и степень их ограничения по ФК, оцениваемая на момент направления на МСЭ (ФК 1 - легкое ограничение, ФК 2 - умеренно выраженное ограничение, ФК 3 - выраженное ограничение, ФК 4 - резко выраженное ограничение).

Виды функциональных нарушений, параметры оценки категорий жизнедеятельности и степень их ограничения по ФК указаны в Инструкции.

Выделение промежуточных степеней функциональных нарушений и ФК ограничений жизнедеятельности (например, 1-2, 2-3) неправомочно.

Оценка различных сторон жизнедеятельности пациента проводится:
- по каждому критерию жизнедеятельности в отдельности,
- с учетом возможности компенсации нарушенных функций с помощью лекарственных средств, технических или иных вспомогательных средств (например, применение слухового аппарата, протеза, ортеза, кардиостимулятора, протезов клапанов, суставов, др.),
- с учетом возможности определения синдрома взаимного отягощения: более легкие нарушения функций взаимосвязанных систем организма, сочетаясь, обуславливают более выраженную степень ограничения в одной категории жизнедеятельности (например, одновременное наличие у пациента умеренной дыхательной недостаточности, умеренной сердечной недостаточности, умеренного пареза приводят к выраженному ограничению передвижения).

Согласно действующим нормативным документам ФК категории жизнедеятельности соответствует степени социальной дезадаптации. Так, умеренное (ФК 2) ограничение одной из категорий жизнедеятельности является основанием для установления 3 группы инвалидности; выраженное (ФК 3) ограничение одной из категорий жизнедеятельности – 2 группы инвалидности; резко выраженное (ФК 4) ограничение одной из категорий жизнедеятельности (кроме способности к трудовой деятельности и обучению) – 1 группы инвалидности. При этом необходимо понимать, что степень функционального нарушения не всегда соответствует степени (ФК) ограничения категории жизнедеятельности.

В направлении на МСЭ также указывается:

- **клинико-трудовой прогноз -** благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (трудовой), неопределенный (клинический), неблагоприятный прогноз.

Благоприятный трудовой прогноз предполагает возможность возвращения пациента к прежней работе или к другой, равноценной по квалификации; относительно благоприятный трудовой прогноз предполагает возвращения пациента к труду в обычных производственных условиях с уменьшением объема работ или снижением квалификации; сомнительный трудовой прогноз – невозможность достоверно предсказать вероятность возвращения или невозвращения пациента к труду; неблагоприятный трудовой прогноз – невозможность продолжения профессионального труда (труд противопоказан) или будут доступны отдельные виды труда в специально созданных условиях или на дому.

- **реабилитационный потенциал** (далее – РП) – высокий, средний или низкий. РП - интегральный показатель, оценивающий на основе комплекса

медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия в трудовой деятельности. Оценка РП должна проводиться с учетом возможности обратимости и (или) компенсации функциональных нарушений

При этом **высокий** РП определяется в тех случаях, когда прогнозируется полное восстановление нарушенных функций (полная обратимость или возможность компенсации лекарственными, техническими или иными средствами) или легкое их ограничение (в пределах ФК 1,) и возможно возвращение пациента к трудовой деятельности в полном объеме или с незначительными ограничениями; **средний** РП – в случаях частичной обратимости функциональных нарушений, сохранения умеренного нарушения функций при неполном профессиональном восстановлении, сохранении значительных ограничений в трудовой деятельности при возможности ее выполнения в обычных производственных условиях; **низкий** РП – при сохранении выраженного функционального нарушения (дефекта), невозможности трудовой деятельности в обычных производственных условиях, сохранении способности к труду в специально созданных условиях или на дому, способности к самообслуживанию без помощи других лиц.

- **цель направления на МСЭ**: продление листка нетрудоспособности, установление инвалидности (ребенку в возрасте до 18 лет – СУЗ), изменение причины инвалидности, трудовых рекомендаций и др.

Повторное направление в МРЭК

При очередном, повторном направлении в МРЭК следует отразить течение заболевания, его динамику за период, прошедший со дня предыдущего освидетельствования, в том числе:

- частоту и длительность ВН за последние 12 месяцев,
- частоту и характер обращений, в том числе и за скорой (неотложной) помощью,
- частоту госпитализации, их эффективность,
- результаты медицинской реабилитации в соответствии с ИПР инвалида (например, достижение целевых уровней АД).

На первом этапе важно своевременно передать «Направление на МСЭ» в МРЭК.

Проведение медико-социальной экспертизы в МРЭК

Освидетельствование граждан в МРЭК может осуществляться:

- по месту расположения МРЭК;
- на выездном заседании - при невозможности пациента явиться в комиссию по состоянию здоровья, что должно быть обосновано (о необходимости выездного освидетельствования указывается на лицевой стороне «Направления на МСЭ», что подтверждается подписью и личной печатью председателя ВКК):
  - по месту жительства (пребывания);

- в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь (в стационарных условиях);
- в стационарных учреждениях социального обслуживания:
- в учреждениях уголовно-исправительной системы МВД (в порядке, установленном законодательством РБ);

➢ заочное - в исключительных случаях, при невозможности организовать выездное заседание комиссии.

Освидетельствование гражданина в МРЭК должно быть проведено не позднее 30 дней с даты регистрации «Направления на МСЭ».

Порядок, алгоритм освидетельствования граждан в МРЭК:

Основной метод работы МРЭК – комиссионное освидетельствование граждан, обратившихся для проведения МСЭ. МСЭ проводится врачами-экспертами путем экспертного обследования гражданина, изучения направления на МСЭ, представленных медицинских и иных документов, необходимых для принятия объективного экспертного заключения, анализа профессионально-трудовых, социально-бытовых, психологических и иных данных.

В проведении МСЭ имеют право по приглашению председателя комиссии принимать участие врачи-специалисты соответствующего профиля, представители органов по труду, занятости и соцзащите (с правом совещательного голоса).

Алгоритм освидетельствования пациентов в МРЭК:

1. Изучение «Направления на МСЭ», представленных медицинских и иных документов, необходимых для принятия экспертного заключения, предыдущих актов освидетельствования пациента (при повторном освидетельствовании).
2. Анализ профессионального маршрута с целью установления основной профессии пациента, характера и условий труда (изучение выписки из трудовой книжки, карты аттестации рабочего места, др.).
3. Сбор жалоб и анамнеза заболевания (обстоятельств получения травмы).
4. Осмотр пациента всеми врачами-экспертами комиссии с целью выявления объективных признаков болезни.
5. Синтез полученных результатов для формирования клинико-функционального диагноза.
6. Выделение и оценка выраженности нарушенных функций организма, категорий жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности пациента.
7. Формирование экспертного решения о группе инвалидности, причине инвалидности, трудовых рекомендациях, составление ИПР инвалида.

Заключение МРЭК о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом, по иным вопросам, входящим в компетенцию МРЭК, принимается большинством голосов врачей-экспертов комиссии на

основании обсуждения ее результатов. Голос председателя при равенстве голосов является решающим.

8. Объявление экспертного решения МРЭК пациенту.

Условием признания гражданина инвалидом являются одновременное наличие следующих условий:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием (последствиями травм, дефектами)
- ограничения жизнедеятельности (полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, общаться, ориентироваться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Расхождение в заключениях (в оценке степени функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности, характера течения заболевания) врачей организации здравоохранения и МРЭК допустимо, если мнение врачей-экспертов МРЭК является безусловно доказательным или в случае предоставления при освидетельствовании в МРЭК новых документов, позволяющих по иному оценить степень функциональных нарушений, ОЖД или характер течения.

В случае недостаточных данных для уточнения характера течения заболевания, функциональных нарушений, ОЖД, с целью получения других необходимых сведений медицинского, профессионального или иного характера может быть составлена программа дополнительного обследования, которая должна быть выполнена организацией здравоохранения в 14-дневный срок (при длительной ВН – в 3-х дневный срок).

В сложных экспертных случаях первичные МРЭК (специализированные, межрайонные, районные, городские МРЭК) имеют право в 3-х дневный срок со дня проведения освидетельствования пациента направить в центральную МРЭК все необходимые документы. Центральная МРЭК в 20-ти дневный срок со дня регистрации в ней документов проводит повторную МСЭ.

Критерии установления инвалидности

1 группа инвалидности. Основанием для установления 1 группы инвалидности является резко выраженное (ФК 4) ограничение одной из способностей (кроме способности к трудовой деятельности и способности к обучению): способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, способности контролировать свое поведение вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к стойкой, резко выраженной социальной недостаточности и требующее постоянного ухода или помощи других лиц.

Главным критерием для установления 1 группы инвалидности является необходимость в постоянном уходе или помощи других лиц. При этом необходимость в постоянном уходе за инвалидом 1 группы всегда сопровождается необходимостью в помощи ему со стороны других лиц. В то

же время лица, нуждающиеся в постоянной помощи других лиц, как правило, в постоянном уходе не нуждаются. С этих позиций важно понимать, что невозможность обучения (ФК 4) и участия в трудовой деятельности (ФК 4) не всегда сопровождаются нуждаемостью в постоянном уходе и помощи других лиц. Часть инвалидов 1 группы могут выполнять различные виды труда в соответствии с состоянием своего здоровья в случае их обеспечения средствами компенсации нарушенных функций или анатомического дефекта (например, техническими, лекарственными средствами) и создании специальных условий труда на производстве или на дому.

Уход – осуществление мероприятий по удовлетворению нерегулируемых потребностей человека: санитарно-гигиенические мероприятия (физиологические отправления, одевание, умывание), кормление, специальные медицинские мероприятия (катетеризация, обработка пролежней, перевязка трофических язв, др.).

Помощь – осуществление бытовых мероприятий в рамках регулируемых потребностей, когда пациент что-то может сделать сам, но нуждается в помощи других лиц. Оказание помощи следует градировать по частоте нуждаемости в помощи за определенный период времени:

- эпизодическая помощь (сезонная заготовка овощей, помощь в работе на приусадебном участке, заготовка дров при печном отоплении, др.);
- регулярная помощь: редкая (до 1-2 раз в месяц: крупная стирка, генеральная уборка помещений, сопровождение в организацию здравоохранения, доставка лекарств, др.), средней частоты (до 1-2 раза в неделю: покупка продуктов, текущая уборка помещений, мелкая стирка одежды, др.), частая (ежедневная 1 раз в день: доставка приготовленной пищи, которую пациент сам будет разогревать и принимать);
- постоянная помощь (3 и более раз в день: приготовление пищи сервировка стола, помощь в приеме пищи, лекарств, в передвижении по квартире, в осуществлении физиологических потребностей, принятии ванны, др.).

<u>1 группа инвалидности устанавливается в случаях:</u>

- резко выраженного (ФК 4) нарушения функции одной из систем организма, приводящего к резко выраженному (ФК 4) ограничению одной из категорий жизнедеятельности (например, резко выраженный гемипарез (резко выраженное нарушение статодинамических функций) приводит к резко выраженному ограничению передвижения; тотальная афазия (резко выраженное нарушение языковых, речевых функций) приводит к резко выраженному ограничению общения);
- выраженного (ФК 3) нарушения функции двух и более взаимосвязанных систем организма, создающих СВО, и приводящего к резко выраженному (ФК 4) ограничению в рамках одной категории жизнедеятельности (например, выраженная коронарная недостаточность, выраженная сердечная недостаточность, выраженная дыхательная недостаточность приводят к резко

выраженному ограничению передвижения; хроническая артериальная недостаточность 3 ст. одной нижней конечности (выраженное нарушение функции кровообращения) и высокая ампутация второй нижней конечности (выраженное нарушение статодинамической функции) приводят к резко выраженному ограничению передвижения);

- заболевания с абсолютно неблагоприятном для жизни прогнозом на ближайшее время независимо от степени ОЖД на момент проведения МСЭ;
- выраженного (ФК 3) ограничения трех и более категорий жизнедеятельности (без учета способности к труду и обучению), приводящих к синдрому социальной компенсации (например, выраженное ограничение передвижения в результате выраженного нарушения функции кровообращения, выраженное ограничение ориентации в результате выраженного нарушения зрительной функции и выраженное ограничение способности контролировать свое поведение в результате выраженного нарушения когнитивной функции приводят к резко выраженной социальной дезадаптации);
- анатомического дефекта, при наличии которого устанавливается 1 группа.

При установлении 1 группы инвалидности в связи с абсолютно неблагоприятном для жизни прогнозом на ближайшее время, или определением ССК, или наличием анатомического дефекта не во всех случаях возникает нуждаемость в постоянном уходе других лиц.

2 группа инвалидности. Основанием для установления 2 группы инвалидности является выраженное (ФК3) ограничение одной из категорий жизнедеятельности, вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к выраженной социальной недостаточности и не требующее постоянного постороннего ухода.

В связи с тем, что резко выраженное (ФК 4) ограничение способности к трудовой деятельности не всегда приводят к нуждаемости в постоянном уходе и помощи других лиц, у инвалидов 2 группы может определяться выраженное (ФК 3) или резко выраженное (ФК 4) ограничение способности к трудовой деятельности:

- выраженное (ФК 3) - труд возможен только в специально созданных условиях или на дому. Инвалиды 2 группы могут выполнять ту или иную работу в специально созданных условиях:
  - в специально организованных для инвалидов предприятиях, цехах, рабочих местах, где обеспечивается организация особого режима труда, при использовании вспомогательных средств, с помощью других лиц (это м.б.: сокращение рабочего дня, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм, медицинское наблюдение и систематическая врачебная помощь, другое);
  - на дому с индивидуальным ритмом работы, без обязательных норм выработки, с доставкой в необходимых случаях сырья на дом и прием на дому готовой продукции и др.
- резко выраженное (ФК 4):

- труд недоступен (ФК 4): при полной утрате способности к профессиональному труду из-за состояния здоровья (например, эпилептическая болезнь с частыми припадками).
- труд противопоказан (ФК 4): при сомнительном трудовом прогнозе вне зависимости от степени ОЖД, в связи с возникновением противопоказаний к трудовой деятельности из-за вероятного ухудшения здоровья под влиянием трудового процесса Сомнительный прогноз – критерий динамичный, инвалидность определяется на 1-2 года в зависимости от группы инвалидности, а далее – в зависимости от уточненного прогноза.

Способность к обучению у инвалидов 2 группы также ограничена в пределах ФК3 (способность к обучению возможна в специальных учебных заведениях или по специальной программе, в домашних условиях) или ФК 4 (в случае неспособности к обучению).

2 группа инвалидности устанавливается в случаях:

- выраженного (ФК 3) нарушения функции одной из систем организма, приводящего к выраженному (ФК 3) ОЖД (например, выраженный 2-х сторонний коксартроз 3 стадии (выраженное нарушение статодинамической функций) или выраженные координаторные нарушения или выраженная атаксия приводят к выраженному ограничению передвижения);
- умеренно выраженного (ФК 2) нарушения функции двух и более взаимосвязанных систем организма, создающих СВО, и приводящего к выраженному (ФК 3) ОЖД в рамках одной категории жизнедеятельности (например, травма позвоночника с умеренным парезом одной нижней конечности и коксартрозом той же конечности приводит к выраженному ограничению передвижения);
- резко выраженного (ФК 4) изолированного нарушения одной из функций, частично компенсируемого лекарственными, техническими и иными вспомогательными средствами, приводящего к выраженному (ФК 3) ОЖД (например, две протезированные культи обеих голеней);
- неблагоприятного клинического и трудового прогноза вне зависимости от степени ОЖД на момент проведения МСЭ (например, повторный в течение года крупноочаговый инфаркт миокарда при отсутствии выраженных нарушений);
- сомнительного трудового прогноза (несмотря на проведенные лечебные и реабилитационные мероприятия), и наличия противопоказаний к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья вне зависимости от степени выраженности ОЖД (труд противопоказан) (например, субарахноидальное кровоизлияние вследствие разрыва мешотчатой аневризмы правой средней мозговой артерии, отказ от проведения операции клипирования при наличии АГ 3 ст.);
- умеренного (ФК 2) ограничения трех и более категорий (без учета способности к труду и обучению), приводящих к ССК;

➢ анатомического дефекта, при наличии которого устанавливается 2 группа инвалидности.

3 группа инвалидности. Основанием для установления 3 группы является умеренное (ФК 2) нарушение жизнедеятельности вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к умеренно выраженной социальной недостаточности.

Способность к трудовой (профессиональной) деятельности у инвалидов 3 группы умеренно ограничена (ФК 2). Инвалиды 3 группы могут и должны работать в обычных производственных условиях. При этом в результате функциональных нарушений, ОЖД у гражданина происходит значительное изменение условий выполнения профессионального труда, но выполняемого в обычных производственных условиях.

Ограничение способности к труду у инвалидов 3 группы:

1) снижение (потеря) квалификации на 2-3 разряда и более при невозможности рационального трудоустройства (у лиц квалифицированного физического труда). Например, перевод слесаря инструментальщика высокого разряда на работу сборщика мелких деталей. Перевод фрезеровщика 5-6 разряда на работу раздатчика инструментов.

2) ограничение объема профессиональной деятельности (интеллектуальный, административный труд). Например, перевод главного бухгалтера крупной организации на работу бухгалтером небольшого учреждения.

3) потеря профессии. Например, абсолютное противопоказание для продолжения работы летчиком в связи с эпиприпадками.

<u>3 группа инвалидности устанавливается в случаях</u>:

➢ умеренно выраженного (ФК 2) нарушения функции одной из систем, приводящего к стойкому умеренному (ФК 2) ОЖД (например, умеренный гемипарез, или умеренная атаксия, или умеренная дыхательная недостаточность, или умеренная сердечная недостаточность приводят к умеренному ограничению передвижения; умеренная моторная афазия приводит к умеренному ограничению общения);

➢ легкого (ФК 1) нарушения функции двух и более систем организма, создающих СВО и приводящего к стойкому умеренному (ФК 2) ОЖД в рамках одной категории жизнедеятельности (например, легкая дыхательная недостаточность, легкая коронарная недостаточность, легкая хроническая артериальная недостаточность сосудов нижних конечностей приводят к умеренному ограничению передвижения);

➢ выраженного (ФК 3) изолированного нарушения одной из функций, частично компенсируемого лекарственными средствами или техническими и иными вспомогательными средствами, приводящего к стойкому умеренному (ФК 2) ОЖД (выраженная тугоухость, частично компенсируемая слуховым аппаратом, приводит к умеренному ограничению ориентации);

➢ легкого (ФК 1) нарушения профессионально значимых функций у работающего гражданина, ведущего к умеренному (ФК 2) ограничению способности только к профессиональной (трудовой) деятельности из-за противопоказаний к выполнению профессионального труда и приводящего к снижению квалификации, объема работ или значительному изменению условий труда (1 эпиприпадок (пароксизм фибрилляции предсердий) у летчика, водителя, машиниста электропоезда; ИБС: стенокардия напряжения ФК 1 у летчика; снижение остроты зрения до ФК 1 у машиниста поезда) - в случае невозможности их рационального трудоустройства.
➢ относительно неблагоприятного клинического и трудового прогноза вне зависимости от степени ОЖД на момент проведения МСЭ (неспецифический язвенный колит в стадии клинической ремиссии на фоне приема препаратов);
➢ легкого (ФК 1) снижения трех и более категорий (без учета способности к труду и обучению), приводящих к ССК;
➢ анатомического дефекта, при наличии которого устанавливается 3 группа.

Анатомический дефект – стойкое, необратимое приобретенное или врожденное повреждение тканей, органов, конечностей, либо некоторые приравненные к ним состояния, ограничивающие жизнедеятельность. Например, дефект костей черепа (определенных размеров), отсутствие одного легкого, экстирпация желудка, анофтальм, ампутации пальцев, конечностей определенного уровня, слепота) и др.

Анатомические дефекты по своей тяжести разделены на три степени, что дает право на установление соответственно 1, 2 или 3 группы инвалидности. Так как анатомические дефекты представляют собой необратимые повреждения, группа инвалидности устанавливается сразу при первичном освидетельствовании бессрочно. Приведем некоторые, наиболее часто встречающиеся анатомические дефекты (полный перечень анатомических дефектов приведен в Инструкции):

- дефекты, при наличии которых устанавливается **1 группа инвалидности** - тяжелые, сочетанные, комбинированные, например: культи обеих нижних конечностей на уровне бедер, сочетание экзартикуляции верхней (в плечевом суставе) и нижней (в тазобедренном) конечностей, 2-х сторонний анофтальм, травматическое повреждение позвоночника с полным разрывом спинного мозга.
- дефекты, при наличии которых устанавливается **2 группа** инвалидности, например, экзартикуляция нижней конечности (в тазобедренном суставе), экзартикуляция верхней конечности (в плечевом суставе), экстирпация мочевого пузыря, постоянная колоно- или илеостома, постоянное конюленосительство, отсутствие гортани, др.
- дефекты, при наличии которых устанавливается **3 группа** инвалидности, например, низкий рост - менее 150 см у лиц старше 18 лет, патологически обусловленный (вследствие патологии нейроэндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, хромосомных аномалий), укорочение одной нижней

конечности на 10 см и более у лиц старше 18 лет или на 10% (по сравнению со здоровой конечностью) и более у детей, слепота на один глаз (полная или практическая слепота (слабовидение) на один глаз – при остроте зрения 0,04 и ниже с коррекцией, др.

При вынесении экспертного заключения важно оценить состояние трудоспособности инвалида, его потенциальную профессиональную способность с целью определения **трудовых рекомендаций** Трудовые рекомендаций МРЭК – документ, свидетельствующий о возможностях и профессиональной пригодности инвалида. От их качества и обоснованности зависит рациональность трудового устройства, возможность обучения, переобучения, трудовой деятельности по вновь приобретенной профессии, социальный статус и положение инвалида в обществе. Для этого у врача-эксперта должна быть исчерпывающая информация об условиях и характере труда пациента, его профессии, квалификации (на основании трудовой книжки, производственной характеристики, карты аттестации рабочего места).

Основные недостатки при вынесении трудовых рекомендаций:

-нередко в основу рекомендаций по трудовому устройству положен принцип «универсализации» - даются «усредненные» рекомендации без учета индивидуальных особенностей инвалида;

- не всегда обоснованно инвалиды 2 группы признаются нетрудоспособными (из-за переоценки тяжести состояния, недооценки остаточной трудоспособности инвалида, клинического и трудового прогнозов, из-за невозможности создания специальных условий труда),

- ошибки в оценке клинического и трудового прогнозов (недооценка) - преждевременное установление 2 группы вместо продления ВН у пациентов с относительно благоприятным прогнозом,

- недостаточный перечень рекомендуемых работ, который оформляется по определенному стандарту, без учета индивидуальных возможностей, места жительства, возможности трудоустройства инвалида; отсутствие четких рекомендаций в плане трудового устройства инвалидов; не всегда указываются или указываются не в полном объеме противопоказанные условия труда;

- из-за отсутствия взаимодействия со службой занятости не всегда используются современные методы (возможности) подготовки, переподготовки, адаптации к труду и последующего трудового устройства инвалидов на рынке труда.

Инвалидность определяется до первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором зарегистрировано направление на МСЭ.

Переосвидетельствование инвалида проводится по истечении срока действия заключения МРЭК. Сроки переосвидетельствования (повторного освидетельствования) инвалидов 1 группы – через 2 года, 2 и 3 группы – через 1 год, детей-инвалидов – 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена

категория «ребенок-инвалид». Инвалидов вследствие катастрофы на ЧАЭС, других радиационных аварий – через 5 лет с даты установления причины инвалидности в МРЭК.

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается:

- при стойких необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма в связи с невозможностью и (или) неэффективностью реабилитационных мероприятий (после 3-х лет наблюдения в МРЭК);
- при анатомических дефектах;
- женщинам старше 55 лет, мужчинам старше 60 лет;
- гражданам, полностью или частично утратившим профессиональную трудоспособность и признанным инвалидами вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, если дата их повторного освидетельствования выпадает на день достижения или любой последующий день после дня достижения пенсионного возраста.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока или в случае установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования может осуществляться:

- при условии заполнения ВКК направления на МСЭ:

- по инициативе инвалида (законного представителя) на основании личного заявления,
- для формирования, коррекции ИПР, в т.ч. для изменения трудовых рекомендаций,
- в связи с изменением степени ОЖД (при ухудшении);

- по определению или постановлению суда при установлении факта вынесения заключения МРЭК необоснованно либо на основании подложных документов;
- в случае выявления центральными комиссиями при осуществлении контроля за проведением МСЭ в межрайонных (районных, городских) комиссиях необоснованного решения - после очного освидетельствования инвалида (в месячный срок после освидетельствования межрайонными (районными, городскими) комиссиями);
- в случаях необходимости внесения изменений в ИПР инвалида, в том числе в части трудовых рекомендаций, и предоставления в комиссию документов, достаточных для определения другой причины инвалидности (на основании имеющихся медицинских и экспертных документов, если с даты очередного освидетельствования прошло не более 3 месяцев и состояние здоровья инвалида не изменилось);
- в иных случаях, установленных законодательством Республики Беларусь.

Порядок обжалования заключения МРЭК

Обжалование заключения первичной МРЭК (специализированной, межрайонной (районной, городской) МРЭК) проводится в 30-ти дневный срок

на основании письменного заявления, подаваемого в комиссию, проводившую МСЭ, или в центральную комиссию.

Комиссия, проводившая МСЭ, в 3-х дневный срок со дня регистрации письменного заявления направляет все документы в центральную МРЭК, которая не позднее 30-дней со дня регистрации письменного заявления проводит МСЭ (освидетельствование по обжалованию) и выносит заключение.

В случае обжалования заключения центральной комиссии главный врач МРЭК поручает проведение МСЭ другому составу центральной МРЭК. Заключение центральной МРЭК может быть обжаловано в судебном порядке.

При несогласии гражданина с заключением, вынесенным по обжалованию, в 30-ти дневный срок его медицинские экспертные документы (на основании заявления гражданина или его законного представителя) могут быть рассмотрены при проведении независимой медицинской экспертизы (далее – НМЭ) в порядке, установленном законодательством.

Направление на НМЭ осуществляется (по заявлению гражданина или его законного представителя) Министерством здравоохранения Республики Беларусь, Управлением здравоохранения облисполкомов, Комитетом по здравоохранению Мингорисполкома (обжалование заключений МРЭК); Республиканскими органами государственного управления, осуществляющими руководство, контроль за военно-врачебной экспертизой (обжалование заключений военно-врачебной экспертизы).

Независимая медицинская экспертиза осуществляется в течение одного месяца путем экспертной оценки медицинских и иных документов. Заключение НМЭ носит обязательный характер для МРЭК, военно-врачебной экспертизы. Обжалование заключения НМЭ – в суде.

Нормативные документы, регламентирующие проведение МСЭ

- Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435- XII (ред. от 10.07.2012) «О здравоохранении»;
- Закон Республики Беларусь от 23.07.2008 №422-З (ред. от 17.07.2009 №48-З) «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»;
- Закон Республики Беларусь от 17.04.1992 №1596- XII (ред. от 26.10.2012) «О пенсионном обеспечении»;
- Закон Республики Беларусь от 17.12.1992 №2050-XII (ред. от 10.07.2012, с изм. от 26.10.2012) «О пенсионном обеспечении военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациями и органов финансовых расследований»;
- Закон Республики Беларусь от 06.01.2009 №9-З (ред. от 22.12.2011) «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий»;
- Кодекс Республики Беларусь от 26.07.1999 №296-З «Трудовой Кодекс Республики Беларусь»;

- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 16.10.2007 №1341 «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь и их отдельных положений»
- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26.12.2008 №2024 (ред. от 10.01.2012) «Об утверждении Положения о порядке осуществления независимой медицинской экспертизы»;
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97 (ред. от 24.10.2012) «Об утверждении 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»;
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.11.2007 №122 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников медико-реабилитационных экспертных комиссий»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.10.2009 № 998 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.01.2012 №2 «Об утверждении Перечня обследований пациентов для направления на медико-социальную экспертизу в медико-реабилитационные экспертные комиссии и в консультативно-поликлиническое отделение государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.01.2011 №28 (ред. от 02.01.2013) «О порядке отбора и направления пациентов на медицинскую экспертизу и медицинскую реабилитацию в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»;
- Синдром «социальной компенсации» в практике медико-социальной экспертизы: инструкция по применению /В.Б. Смычек, И.Е. Полуянова, Г.С. Северин – Минск, 2010. – 15 с.

Учебное издание

Смычек Василий Борисович
Казакевич Диана Сергеевна
Северин Геннадий Станиславович

Медико-социальная экспертиза в организациях здравоохранения

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В.Б. Смычек

Подписано в печать 25. 06. 2013. Формат 60x84/16. Бумага потребительская.
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 1,81. Уч.- изд. л. 1,38. Тираж 100 экз. Заказ 155.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусская медицинская академия последипломного образования.
ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П.Бровки, 3