

№ОРД-СМП-19  
№ОРД-ТЕР-20



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Пособие для самоподготовки  
клинических ординаторов и слушателей  
системы послевузовского образования,  
обучающихся по специальности  
«Терапия» «Скорая медицинская  
помощь» «Общая врачебная практика»  
на тему:**

**"Экспертиза стойкой нетрудоспособности  
терапевтических больных"**

Утверждено ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г.)

**Пособие предназначено для самостоятельной подготовки к занятию  
врачей интернов, клинических ординаторов и слушателей.**

**Тема занятия: «Экспертиза стойкой нетрудоспособности терапевтических больных».**

**Продолжительность занятия: 4 часа.**

**Место проведения занятия: учебная комната, терапевтическое отделение поликлиники.**

**Мотивация.**

В последнее десятилетие резко возросли требования населения к качеству и эффективности оказания медицинской помощи.

Около 80% населения начинают и заканчивают лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях, поэтому от уровня работы медицинского персонала этих учреждений во многом зависит состояние медицинской помощи в стране.

Значительную роль в работе врача-терапевта любого лечебного учреждения представляет врачебно-трудовая экспертиза (ВТЭ). Врачебно-трудовая экспертиза, по определению, данному на I Международном совещании по врачебно-трудовой экспертизе (1961), является областью общественной и государственной деятельности. В ее задачи входят научно обоснованная оценка состояния трудоспособности при возникновении заболеваний или травм, влекущих за собой снижение трудоспособности, изучение причин заболеваемости и инвалидности, установление научно обоснованных трудовых рекомендаций больным и инвалидам, позволяющих им эффективно участвовать в общественно полезном труде. ВТЭ определяет показания к различным видам социальной помощи: пособиям по временной нетрудоспособности, пенсиям, восстановительному лечению, протезированию и др.

Проведение ВТЭ возможно лишь при наличии глубоких профессиональных знаний в выбранной специальности и с учетом достаточной осведомленности о характере выполняемой работы. Наибольшие трудности в решении вопросов ВТЭ возникают для врача в начале его трудовой деятельности, однако и опытному врачу приходится постоянно совершенствовать свои знания, опираясь на современные достижения медицинской науки и издаваемые инструктивные документы.

**Порядок самостоятельной работы интерна (клинического ординатора, слушателя) по самоподготовке к практическому занятию:**

1. Ознакомление с целью, содержанием практического занятия и целевыми знаниями и умениями, необходимыми для усвоения по данной теме.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ООД (ориентировочной основы деятельности).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на практическом занятии.

## Задание 1.

### **ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЦЕЛЯМИ И СОДЕРЖАНИЕМ ЗАНЯТИЯ**

**Цель занятия:** ознакомление с работой экспертизы длительной или постоянной утраты трудоспособности, с организацией и порядком проведения экспертизы стойкой нетрудоспособности.

**В соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности**

<p><b><u>обучающийся должен знать:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ организацию и порядок проведения экспертизы стойкой нетрудоспособности;</li><li>✓ основания для направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ);</li><li>✓ документы, удостоверяющие стойкую нетрудоспособность и порядок их оформления;</li><li>✓ критерии определения групп инвалидности;</li><li>✓ сроки освидетельствования и переосвидетельствования граждан в бюро МСЭ;</li><li>✓ принципы рационального трудоустройства по трудовым рекомендациям КЭК и бюро МСЭ.</li></ul>	<p><b><u>Литература:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Поликлиническая терапия // Под ред. академика РАЕН В.А. Галкина: М.: Медицина, 2000. – 255 с.</li><li>2. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальвина. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 464 с.</li><li>3. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика (семейная медицина): Практическое руководство – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 1000 с.</li><li>4. Галкин Р.А., Peter Toon, Иванова А.В., Мовшович Б.Л. Организация общей врачебной практики// Российско-британское издание. – Самара; Самарский дом печати, 1997 г.–280 с.</li><li>5. Губачев Ю.М. Семейная медицина в России // Библиотека семейного врача. – Санкт-Петербург, 1998 г. - Книга 1. - 86 с.</li><li>6. Денисов И.Н, Иванов А.И. (разработчики) Унифицированная программа последипломного обучения врачей по семейной медицине. Часть 1,2./ Утверждена МЗ РФ 6.12.93 г. - М., ВУНМЦ. - 1995. - 334 с.</li><li>7. Денисов И.Н., Иванов А.И., Берестов Л.А., Карачурина Р.Ш., Метельская Э.В., Меламед Л.А., Гурдус В.О. Врач общей практики / семейный врач:</li></ol>
---	---

	<p>объем медицинской помощи. Методические рекомендации (№ 14)/ Утверждены Департаментом здравоохранения Москвы 08 июля 1996 г. – М. – 1996.– 18 с.</p> <p>8. Денисов И.Н., Иванов А.И. Организация и методика преподавания семейной медицины: Методическое обеспечение тематического цикла. – Москва. -Тверь. – 1999. – 79 с.</p> <p>9. Мовшович Б. Л. Клинический диагноз в общей врачебной практике. – Семейная медицина. – 1998. - №1. – С. 15-17.</p> <p>10. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.В., Тапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. – М.: 1997. – 222 с.</p>
<p><b>обучающийся должен уметь:</b></p> <p>✓ оформлять документы, необходимые для направления больного на МСЭ.</p>	<p><b>Литература:</b></p> <p>1. Поликлиническая терапия // Под ред. академика РАЕН В.А. Галкина: М.: Медицина, 2000. – 255 с.</p> <p>2. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальвина. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 464 с.</p>

## Задание 2.

Для того чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше, Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы.

**В процессе самоподготовки обратите внимание  
на следующие контрольные вопросы:**

1. Перечислите основные практические задачи экспертизы трудоспособности.	1. Поликлиническая терапия // Под ред.
--	--

<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Дайте характеристику таким понятиям как: объект исследования, трудоспособность, нетрудоспособность, инвалидность.</li> <li>3. Дайте определение понятию длительной или постоянной утраты трудоспособности, экспертизы стойкой нетрудоспособности.</li> <li>4. Кто принимает участие в установлении стойкой нетрудоспособности и какие права приобретает инвалид.</li> <li>5. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.</li> <li>6. Задачи бюро медико-социальной экспертизы.</li> <li>7. Функции бюро медико-социальной экспертизы.</li> <li>8. Перечислите, какие документы необходимы гражданам для прохождения медико-социальной экспертизы.</li> <li>9. Порядок оформления посыльного листа или направления на МСЭ.</li> <li>10. Порядок оформления листка нетрудоспособности при направлении пациента на МСЭ.</li> <li>11. Какой документ оформляют врачи – эксперты МСЭК.</li> <li>12. Какие контингенты лиц, подлежат освидетельствованию МСЭК.</li> <li>13. Условия признания гражданина инвалидом.</li> <li>14. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина.</li> <li>15. Порядок переосвидетельствования инвалида.</li> <li>16. Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро.</li> <li>17. Критерии определения групп инвалидности.</li> <li>18. Классификация основных категорий жизнедеятельности.</li> <li>19. Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.</li> <li>20. Критерии определения групп инвалидности по степени выраженности ограничений жизнедеятельности.</li> </ol> <p>Принципы рационального трудоустройства по трудовым рекомендациям КЭК т</p>	<p>академика РАЕН В.А. Галкина: М.: Медицина, 2000. – 255 с.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальвина. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 464 с.</li> <li>3. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика (семейная медицина): Практическое руководство – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 1000 с.</li> <li>4. Галкин Р.А., Peter Toon, Иванова А.В., Мовшович Б.Л. Организация общей врачебной практики// Российско-британское издание. – Самара; Самарский дом печати, 1997 г.–280 с.</li> <li>5. Губачев Ю.М. Семейная медицина в России // Библиотека семейного врача. – Санкт-Петербург, 1998 г. - Книга 1. - 86 с.</li> <li>6. Денисов И.Н, Иванов А.И. (разработчики) Унифицированная программа последипломного обучения врачей по семейной медицине. Часть 1,2./ Утверждена МЗ РФ 6.12.93 г. - М., ВУНМЦ. - 1995. - 334 с.</li> <li>7. Денисов И.Н., Иванов А.И., Берестов Л.А., Карачурина Р.Ш., Метельская Э.В., Меламед Л.А., Гурдус В.О. Врач общей практики / семейный врач: объем медицинской помощи. Методические рекомендации (№ 14)/ Утверждены Департаментом здравоохранения Москвы 08 июля 1996 г. – М. – 1996.– 18 с.</li> <li>8. Денисов И.Н., Иванов А.И. Организация и методика преподавания семейной медицины: Методическое обеспечение тематического цикла. – Москва. -Тверь. – 1999. – 79 с.</li> <li>9. Мовшович Б. Л. Клинический диагноз в общей врачебной</li> </ol>
---	---

бюро МСЭ	<p>практике. - Семейная медицина. - 1998. - №1. - С. 15-17.</p> <p>10. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.В., Тапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. – М.: 1997. – 222 с.</p>
----------	---

## ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

### 1. Перечислите основные практические задачи экспертизы трудоспособности?

- Научно обоснованная оценка состояния трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, анатомических дефектах.
- Установление факта нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных действующим законодательством.
- Определение характера нетрудоспособности - временная, стойкая, полная или частичная.
- Установление причин временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения.
- Рациональное трудоустройство трудящихся, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении условий труда в своей профессии.
- Определений трудовых рекомендаций инвалидам, что позволяет использовать их остаточную трудоспособность.
- Изучение уровней, структуры и причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности.
- Определение различных видов социальной помощи при временной нетрудоспособности и инвалидности.
- Проведение профессиональной (трудовой) и социальной реабилитации.

### 2. Дайте характеристику таким понятиям как: объект исследования, трудоспособность, нетрудоспособность, инвалидность.

Объектом исследования экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного, увеченного человека.

Трудоспособность - социально - правовая категория, отражающая способность человека к труду, определяемая уровнем его физического и духовного развития, а также состояния здоровья, профессиональными знаниями, умением и опытом. Различают общую и профессиональную трудоспособность.

Общая трудоспособность - это способность человека к неквалифицированному труду в обычных условиях. Профессиональная трудоспособность - способность данного работника к труду по своей профессии (специальности) и

квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности). В зависимости от того, какой объем трудовых функций и в каких производственных условиях может выполнять работник по состоянию своего здоровья, различают полную (общую и профессиональную) и частичную (неполную) трудоспособность.

**Полная общая трудоспособность** - способность выполнять неквалифицированную работу в нормальных условиях труда.

**Полная профессиональная трудоспособность** - это способность работника выполнять все трудовые функции по имеющейся у него профессии или занимаемой должности в тех производственных условиях, в которых он работал.

**Частичная трудоспособность** - способность к профессиональному или неквалифицированному труду, сохранившаяся у лиц, перенесших заболевание или увечье. Объем частичной трудоспособности зависит от степени утраты профессиональной и общей трудоспособности. При частичной профессиональной трудоспособности работник может выполнять лишь часть трудовых операций по своей или равной ей квалификации и оплате профессии, либо все трудовые функции, но в облегченных условиях труда, либо работу по другой, менее квалифицированной профессии.

**Частичная общая трудоспособность** - это способность работника выполнять в ограниченном объеме или в облегченных условиях квалифицированную работу.

**Нетрудоспособность** это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжить привычную профессиональную деятельность.

Установление нетрудоспособности имеет юридическое значение, так как оно гарантирует работнику право на освобождение от работы, бесплатное лечение по программе обязательного медицинского страхования, выплату пособий за счет средств социального страхования.

В зависимости от степени утраты трудоспособности различают **полную и частичную нетрудоспособность**.

**Полная нетрудоспособность** - такое состояние человека, когда вследствие заболевания или увечья не может и не должен выполнять работу и нуждается в специальном режиме. Если нетрудоспособный без нарушения процесса лечения, без ущерба для своего здоровья и для производства может выполнять прежнюю работу, но не в полном объеме или в облегченных условиях, то нетрудоспособность считается частичной.

Временная нетрудоспособность подразделяется на **полную** и **частичную**.

**Полная временная нетрудоспособность** - это утрата работающим способности к труду на определенный срок и необходимость в специальном режиме и лечении.

**Частичная временная нетрудоспособность** - это такое состояние заболевшего (получившего травму), когда он временно не может выполнять свою обычную

профессиональную работу, но без ущерба здоровью может выполнять другую, с иным режимом и объемом работы.

Различают стойкую (постоянную или длительную) и временную утрату трудоспособности. Отнесение нетрудоспособности к той или иной категории связано с медицинским и социально — трудовым прогнозом, т.е. прогнозированием функционально - клинического течения, обратимости и исхода болезненного процесса, с характером и продолжительностью возможного восстановления утраченной трудоспособности.

**Инвалидность** - стойкая полная или ограниченная утрата трудоспособности - наступает чаще при хронических заболеваниях с прогрессивным или ремитирующим течением, а также при острых заболеваниях и травмах, сопровождающихся осложнениями и принимающих хронический характер.

### **3. Дайте определение понятию длительной или постоянной утраты трудоспособности, экспертизы стойкой нетрудоспособности.**

Под длительной или постоянной утратой трудоспособности понимается такое состояние, при котором нарушение функций организма, обусловленное заболеванием или травмой, несмотря на проводимую терапию, приняло стойкий, необратимый характер и привело больного либо к прекращению всякого профессионального труда, либо к необходимости значительных изменений условий труда.

Постоянная утрата трудоспособности может быть полной или частичной. Не всякое изменение условий труда служит основанием для направления на бюро МСЭ. Основанием служит только значительное изменение условий труда.

1. Потеря основной профессии (трудоустройство больного со сниженной квалификацией),
2. Значительное уменьшение объема трудовой деятельности (как правило, у лиц интеллектуального труда),
3. Значительное ограничение возможного трудового устройства у лиц малой квалификации или у ранее неработавших (в связи с выраженностью функциональных нарушений).

Экспертиза стойкой нетрудоспособности - это длительная либо постоянная нетрудоспособность или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием, травмой, анатомическим дефектом, приведшим к значительному нарушению функций организма. В зависимости от степени утраты трудоспособности устанавливается инвалидность.

Стойкая нетрудоспособность определяется рядом социальных и биологических факторов.

К основным социальным факторам относятся характер выполняемой работы и требования, предъявляемые работой организму человека, профессия, квалификация, образование, санитарно - гигиенические и производственные условия труда, материально - бытовые условия, социально - трудовой прогноз. Стойкая нетрудоспособность - это понятие, безусловно, не может быть чисто социальным, так как изменение объёма работы или переход на работу более низкой квалификации может быть осуществлён и совершенно

здоровым человеком, однако это не будет являться основанием для установления стойкой нетрудоспособности.

К биологическим факторам, определяющим стойкую нетрудоспособность, относятся характер заболевания и степень выраженности функциональных нарушений, этиология патологического процесса, адаптационные и компенсаторные возможности организма, клинический прогноз заболевания или травмы. Следует помнить, что хотя заболевание (травма, анатомический дефект) является одним из обязательных условий установления стойкой нетрудоспособности, но не каждое патологическое состояние обуславливает её. Если при определённом патологическом процессе (заболевание, травма, анатомический дефект) человек может продолжать свою работу по специальности без вреда для человека, то оснований для определения стойкой нетрудоспособности не будет.

#### **4. Кто принимает участие в установлении стойкой нетрудоспособности и какие права приобретает инвалид.**

Установление факта стойкой нетрудоспособности - сложный ответственный акт, в котором принимают участие органы здравоохранения (лечащие врачи, клиничко - экспертные комиссии) и органы социальной защиты населения (МСЭК).

Признание лица инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро медико-социальной экспертизы, главными бюро МСЭ, а также бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющимися филиалами главных бюро.

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клиничко-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала. Специалисты бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязаны ознакомить гражданина с порядком и условиями признания гражданина инвалидом, а также давать разъяснения по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

Стойкая нетрудоспособность или инвалидность являются юридической категорией, так как инвалид приобретает определённые права: право ограничить или полностью прекратить профессиональную деятельность, право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение (дома - интернаты), право направления на переобучение и др.

Направление больных на МСЭК осуществляется лечебно — профилактическими учреждениями.

Право направлять граждан на медико - социальную экспертизу имеют лечащие врачи амбулаторно - поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления на МСЭК клинико - экспертной комиссией учреждения (форма направления на МСЭК утверждается Минздравом России по согласованию с Минсоцзащиты населения России).

## **5. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу**

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев;
- при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез - до 12 месяцев), для решения вопроса о продолжении лечения или установлении группы инвалидности;
- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Гражданин направляется на МСЭ учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения.

Учреждение здравоохранения направляет в установленном порядке гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. В направлении учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем. Состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Согласно Примерному положению об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы от 13.08.96 №965 таким учреждениям относятся бюро медико-социальной экспертизы (далее именуется бюро) и главное бюро медико-социальной экспертизы (далее именуется главное бюро).

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля (для проведения медико-социальной экспертизы больных с различными заболеваниями, дефектами и последствиями травм) и смешанного профиля.

В штатный норматив бюро входят специалисты, принимающие экспертное решение (3 врача различных специальностей), специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог. При необходимости в штатный норматив бюро могут быть введены врачи-педиатры, специалисты по функциональной диагностике, по профориентации, по эргономике, физиологии труда, педагог, сурдопереводчик и др. специалисты.

## **6. Задачи бюро медико-социальной экспертизы.**

- Определяет структуру и степень ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационный потенциал;
- Устанавливает факт наличия инвалидности, определяет группу, причины (обстоятельства и условия возникновения), сроки и время наступления инвалидности;
- Определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) работников, получивших увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, и необходимость осуществления дополнительных мер социальной защиты;
- Определяет причинную связь смерти пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего;
- Определяет потребность инвалидов в специальных транспортных средствах;
- Формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов (определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации), а также контролирует их реализацию;
- Оказывает разностороннюю помощь лицам, прошедшим медико-социальную экспертизу, в том числе в виде консультаций по юридическим вопросам, и содействует в обеспечении необходимой социальной защиты инвалидов, включая реабилитацию;
- Формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов и представляет соответствующие сведения в главное бюро;
- Принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и в разработке комплексных программ профилактики инвалидности;
- Предоставляет в соответствующие военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и лиц призывного возраста.

## **7. Функции бюро медико-социальной экспертизы.**

Основными функциями МСЭК в соответствии с Типовым положением являются:

1. Определение состояния трудоспособности, постоянной (стойкой) или длительной её утраты;
2. Установление группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании;
3. Определение причины стойкой нетрудоспособности;
4. Определение времени фактического наступления инвалидности;
5. Установление степени утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в %);
6. Определение для инвалидов условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья, а также условий и методов, с помощью которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена;
7. Направление на переобучение (переквалификацию);
8. Проверка правильности использования инвалидов на работе в соответствии с заключениями комиссий;
9. Содействие укреплению здоровья населения, предупреждение инвалидности (санкционирование долечивания при временной нетрудоспособности 10 (12) месяцев в году, участие в профилактических программах);
10. Изучение совместно с органами здравоохранения, администрацией предприятий,

учреждений, организаций и профсоюзными органами причин утраты трудоспособности в случае инвалидности и участие в разработке мероприятий по профилактике инвалидности и восстановление трудоспособности.

#### **8. Перечислите, какие документы необходимы гражданам для прохождения медико-социальной экспертизы.**

Для прохождения МСЭК представляются 3 документа: посыльный лист, листок нетрудоспособности и паспорт.

#### **9. Порядок оформление посыльного листа или направления на МСЭ.**

Основным документом при направлении на МСЭК является «Направление на МСЭК», которое составляется лечащим врачом на основании длительного наблюдения за больным, результатов специальных лабораторных, функциональных, инструментальных и других методов исследования. Этот документ должен содержать в себе данные, характеризующие функциональные состояния организма больного, эффективность проведённых лечебно-оздоровительных мероприятий, фактическую трудоспособность.

Лечащий врач, описывая объективный статус больного, представляет данные о функциональном состоянии наиболее поражённых органов и систем организма. В этом документе также записываются заключения консультантов. Обязательными являются заключения терапевта, невропатолога, хирурга, окулиста, а для женщин - гинеколога.

Диагноз при направлении на МСЭК должен быть сформулирован в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти» (10-и пересмотр). Полный клинический диагноз должен содержать в себе определение нозологической формы, характера и степени функциональных нарушений, стадии болезни, течения с указанием частоты, длительности и тяжести обострений. Помимо основного диагноза в «Направлении на МСЭК» должны быть отражены все сопутствующие заболевания.

#### **10. Порядок оформления листка нетрудоспособности при направлении пациента на МСЭ.**

Кроме посыльного листа, для направления на МСЭК требуется правильно оформленный листок нетрудоспособности. Лечащий врач должен учитывать, что заседания МСЭК могут проходить не ежедневно, поэтому листок нетрудоспособности должен продлеваться со дня направления на МСЭК. В листке нетрудоспособности указывается дата направления на МСЭК (заполняется КЭК, подписывается её председателем и заверяется круглой печатью лечебно - профилактического учреждения).

Больной направляется на МСЭК с открытым листком нетрудоспособности. Заключение МСЭК об определении группы инвалидности, продолжении временной

нетрудоспособности фиксируется в листке нетрудоспособности с указанием даты освидетельствования, подписывается председателем и заверяется печатью МСЭК.

При установлении группы инвалидности, срок временной нетрудоспособности завершается датой регистрации направления на МСЭК медико - социальной экспертной комиссией. В этом случае лечащий врач в графе листка нетрудоспособности «Приступить к работе» пишет фразу «С такого-то числа признан инвалидом такой -то группы». Со дня освидетельствования производится начисление пенсии по инвалидности.

Лицам, не признанными инвалидами, листок нетрудоспособности продлевается лечебно - профилактическим учреждением до восстановления трудоспособности или повторного направления на медико - социальную экспертизу.

МСЭК имеет право вернуть больного в лечебно — профилактическое учреждение как недостаточно обследованного, в этих случаях на время освидетельствования его МСЭК больничный лист продлевает.

При отказе больного от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной явке его на экспертизу по неуважительной причине, листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или дня регистрации документов медико-социальной экспертной комиссией. Отказ или неявка указывается в листке нетрудоспособности.

#### **11. Какой документ оформляют врачи – эксперты МСЭК.**

Врачи - эксперты МСЭК оформляют «Акт освидетельствования во МСЭК», который содержит паспортные и профессиональные данные, результаты экспертного обследования, включающие жалобы больного, клинику - трудовой анамнез, объективные данные эксперта - терапевта, невропатолога и хирурга (или других специалистов в зависимости от заболевания), результаты дополнительных исследований, диагноз МСЭК и подробное экспертное решение. Заключение МСЭК об определении группы инвалидности, продолжении временной нетрудоспособности фиксируется в листке нетрудоспособности с указанием даты освидетельствования, подписывается председателем и заверяется печатью МСЭК.

#### **12. Какие контингенты лиц, подлежат освидетельствованию МСЭК.**

1. Рабочие, служащие и другие граждане, на которых распространяется государственное социальное страхование;
2. Учащиеся высших, средних специализированных учебных заведений, курсов по подготовке кадров, аспиранты, клинические ординаторы;
3. Граждане, у которых нарушение трудоспособности возникло в связи с выполнением государственных обязанностей или долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и государственного правопорядка;
4. Рабочие, служащие, прекратившие работу, бывшие военнослужащие, члены семей, потерявшие кормильца, при наличии у них прав на назначении пенсии;
5. Инвалиды с детства;
6. Члены семьи неработающих пенсионеров для установления надбавки к пенсии;

7. Рабочие, служащие, получившие увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой, для установления степени утраты трудоспособности в целях определения размера возмещения предприятиями причинённого ущерба, степень утраты трудоспособности определяется в процентном отношении;
8. Колхозники, фермеры и члены их семей;
9. Инвалиды для переосвидетельствования;
10. Инвалиды с детства I и II группы и другие лица, не имеющие права на пенсию и обращающиеся за назначением пособия, право на получение которого обусловлено наличием инвалидности;
11. Лица, направляемые в дома инвалидов и интернаты.

### **13. Условия признания гражданина инвалидом.**

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

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

Наличие одного из выше указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет - категория "ребенок-инвалид".

При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется в соответствии с классификациями и критериями, предусмотренными пунктом 2 настоящих Правил (Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.), степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения) либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности.

Категория "ребенок-инвалид" устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы.

Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования).

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственный участием в деятельности подразделений особого риска, а также иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

При отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, являющихся причиной инвалидности, в качестве причины инвалидности указывается общее заболевание. В этом случае гражданину оказывается содействие в получении указанных документов. При представлении в бюро соответствующих документов причина инвалидности изменяется со дня представления этих документов без дополнительного освидетельствования инвалида.

#### **14. Порядок проведения медико-социальной экспертизы гражданина.**

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).

В главном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования.

В Федеральном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования.

Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.

Медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина (его законного представителя).

Заявление подается в бюро в письменной форме с приложением направления на медико-социальную экспертизу, выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья.

Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведется протокол.

В проведении медико-социальной экспертизы гражданина по приглашения руководителя бюро (главного бюро, Федерального бюро) могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля (далее консультанты).

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы.

Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу (его законному представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется акт, который подписывается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью.

Заключения консультантов, привлекаемых к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия решения, заносятся в акт медико-социальной экспертизы гражданина или приобщаются к нему.

Порядок составления и форма акта медико-социальной экспертизы гражданина утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Срок хранения акта медико-социальной экспертизы гражданина составляет 10 лет.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина в главном бюро акт медико-социальной экспертизы гражданина с приложением всех имеющихся документов направляется в главное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в бюро.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина в Федеральном бюро акт медико-социальной экспертизы гражданина с приложением всех имеющихся документов направляется в Федеральное бюро в 3-дневный срок со дня проведения медико-социальной экспертизы в главном бюро.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро). Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в доступной для него форме.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской, реабилитационной организации, получение заключения главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

В случае отказа гражданина (его законного представителя) от дополнительного обследования и предоставления требуемых документов решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте медико-социальной экспертизы гражданина.

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро), проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая утверждается руководителем соответствующего бюро.

Выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом, направляется соответствующим бюро (главным бюро, Федеральным бюро) в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом.

Порядок составления и форма выписки утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных или граждан призывного возраста представляются бюро (главным бюро, Федеральным бюро) в соответствующие военные комиссариаты.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности либо с указанием группы инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации

Порядок составления и формы справки и индивидуальной программы реабилитации утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах медико-социальной экспертизы.

Гражданину, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления проставляются в указанном документе.

#### **15. Порядок переосвидетельствования инвалида.**

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп - 1 раз в год, а детей-инвалидов - 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория "ребенок-инвалид".

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению, либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока проводится по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

#### **16. Порядок обжалования решений бюро, главного бюро, Федерального бюро.**

Гражданин (его законный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок на основании письменного заявления, подаваемого в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро.

Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу гражданина, в 3-дневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в главное бюро

Главное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

В случае обжалования гражданином решения главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту Российской Федерации с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов главного бюро.

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро.

Федеральное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суд гражданином (его законным представителем) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации

### **17. Критерии определения групп инвалидности.**

В России в зависимости от степени утраты трудоспособности МСЭК органов социальной защиты населения устанавливают инвалидность первой, второй или третьей группы.

Наиболее тяжёлые больные относятся к инвалидам I группы.

Первая группа инвалидности устанавливается лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в повседневном систематическом постороннем уходе (помощи, надзоре).

Инвалиды второй группы составляют основную массу инвалидов.

Вторая группа инвалидности устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушений функции организма, но не нуждающихся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре). Это отличает её от первой группы

Третья группа инвалидности устанавливается:

1. Лицам, которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации. Например, перевод фрезеровщика 5-6 разряда с гипертонической болезнью второй стадии на работу по раздаче инструментов;
2. Лицам, которым необходимы значительные ограничения по своей профессии, что приводит к резкому сокращению объёма производственной деятельности. Например, перевод ткачихи - многостаночницы на обслуживание 3-4 станков;
3. Лицам низкой квалификации или ранее не работавшим ввиду значительного ограничения возможности трудового устройства из-за страдающего пояснично – крестцовым радикулитом, на должность вахтёра;

4. Лицам, имеющим выраженные анатомические дефекты и деформации (в МСЭК имеется «Перечень выраженных анатомических дефектов», где содержится подробное описание каждого анатомического дефекта, наличие которого даёт основание для установления третьей группы инвалидности, с указанием характера и степени морфологических нарушений).

Довольно часто группа инвалидности устанавливается без указания срока освидетельствования. Это, как правило, делается при тяжёлых заболеваниях, при отсутствии перспективы улучшения клинического и трудового прогноза.

Инвалиды классифицируются не только по степени утраты или ограничения трудоспособности, но и в зависимости от причин, т.е. социально - биологических условий, приведших к ней, которые должны быть юридически обоснованы и представлены в соответствующих документах.

Предусмотрены следующие **причины** инвалидности;

1. Инвалидность вследствие общего заболевания;
2. Инвалидность в связи с трудовым увечьем;
3. Инвалидность вследствие профессионального заболевания;
4. Инвалидность с детства;
5. Инвалидность до начала трудовой деятельности;
6. Инвалидность у бывших военнослужащих.

Законодательство РФ устанавливает размер пенсий, характер объём других видов социальной помощи в зависимости от групп инвалидности и с учётом её причин.

Для определения группы инвалидности необходима комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

- 1 степень - незначительные нарушения функций;
- 2 степень - умеренные нарушения функций;
- 3 степень - выраженные нарушения функций;
- 4 степень - значительно выраженные нарушения функций

## **18. Классификация основных категорий жизнедеятельности.**

1. *Способность к самообслуживанию* - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

2. *Способность к самостоятельному передвижению* - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

3. *Способность к обучению* - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

4. *Способность к трудовой деятельности* - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объёму и условиям выполнения работы.

5. *Способность к ориентации* - способность определяться во времени и пространстве.

6 *Способность к общению* - способность к установлению контакта с людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

7. *Способность контролировать свое поведение* - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

## **19. Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.**

Ограничение самообслуживания:

- 1 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;
- 2 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;
- 3 степень - неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц

Ограничение способности к самостоятельному передвижению:

- 1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния;
2. степень - способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;
3. степень - неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц.

Ограничение способности к обучению:

1. степень - 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);
2. степень - способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях,
- 3 степень - неспособность к обучению.

Ограничение способности к трудовой деятельности

1. степень - способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии:

2. степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств, и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности.

Ограничение способности к ориентации:

1. степень - способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств;

2. степень - способность к ориентации, требующая помощи других лиц,

3. степень - неспособность к ориентации (дезориентация).

Ограничение способности к общению:

1. степень - способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

2. степень - способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

3 степень - неспособность к общению

Ограничение способности контролировать свое поведение:

1. степень - частичное снижение способности самостоятельно контролировать свое поведение;

2. степень - способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц;

3. степень - неспособность контролировать свое поведение.

## **20. Критерии определения групп инвалидности по степени выраженности ограничений жизнедеятельности.**

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, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контроля за своим поведением третьей степени

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 одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней;
- способности к обучению третьей, второй степеней.
- способности к ориентации второй степени;
- способности к общению второй степени;
- способности контроля за своим поведением второй степени.

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть основанием для установления второй группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления второй группы инвалидности

Критерием для определения третьей группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени;
- способности к передвижению первой степени;
- способности к обучению первой степени;
- способности к трудовой деятельности первой степени;
- способности к ориентации первой степени;
- способности к общению первой степени.

Ограничение способности к общению первой степени и способности к обучению первой степени может быть основанием для установления третьей группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

Критерии установления инвалидности без срока переосвидетельствования.

Критериями установления инвалидности без срока переосвидетельствования являются: невозможность устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма; неэффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты: другие критерии, предусмотренные действующим законодательством.

## **21. Принципы рационального трудоустройства по трудовым рекомендациям КЭК, бюро МСЭ.**

Определение показаний к трудоустройству:

Рациональное трудоустройство больных по трудовым рекомендациям является одним из важных путей трудовой реабилитации. Своевременное устранение неблагоприятных профессиональных факторов является залогом сохранения трудоспособности и профилактики инвалидности.

Особое внимание должно быть обращено на период окончания временной нетрудоспособности, когда следует рекомендовать рациональное трудоустройство. Это решается в соответствии с клиническим и трудовым прогнозом. Восстановление трудоспособности может иметь следующие варианты

1. Благоприятный клинический прогноз и отсутствие каких-либо противопоказаний для работы по профессии позволяют считать трудовой прогноз также благоприятным, а трудоспособность полностью восстановленной без каких-либо ограничений.
2. Трудоспособность может быть восстановлена с некоторыми небольшими ограничениями, не влекущими за собой необходимости существенных изменений характера и объема работы.
3. Частичное восстановление трудоспособности требует значительных изменений условий труда, например, перевод на работу, требующую более низкой квалификации, или изменения условий труда без изменения прежней профессии, влекущее за собой уменьшение объема производственной деятельности. В этих случаях уже необходимо установление группы инвалидности.
4. Наконец, даже при неблагоприятном трудовом прогнозе, когда выполнение профессиональных обязанностей невозможно и больной признается инвалидом II группы, в ряде случаев возможно использование его остаточной трудоспособности. В этих случаях рекомендуется работа в особо созданных условиях.

Рациональное трудоустройство должно проводиться по возможности раньше. Решение о рациональном трудоустройстве выносится КЭК лечебно-профилактических учреждений по представлению лечащего врача.

При частичной и постоянной утрате трудоспособности основанием для направления на бюро МСЭ служит только значительное изменение условий труда:

1. Потеря основной профессии (трудоустройство больного со снижением квалификации)
2. Значительное уменьшение объема трудовой деятельности (как правило, у лиц интеллектуального труда).
3. Значительное ограничение возможного трудового устройства у лиц малой квалификации или у ранее не работавших (в связи с выраженностью функциональных нарушений).

**Трудоустройство по КЭК** осуществляется без снижения квалификации больного. По этому виду трудоустройства КЭК может предоставить следующие облегченные условия труда:

- освободить от подъема значительных тяжестей;
- освободить от ночных смен и дежурств (в этом нуждается масса больных);
- освободить от разъездов и командировок, которые не входят в прямые служебные обязанности больного;
- КЭК может изменить условия труда - перевести больного из одного цеха в другой на ту же работу;
- КЭК может освободить от сверхурочных работ, работ по совместительству и перевести больного со сдельной работы на тарифную оплату труда;
- КЭК может освободить от дополнительных общественных нагрузок.

Все вышеперечисленные виды облегчения условий труда квалифицируются как незначительные, т.к. такие условия труда не могут повлечь существенных изменений в профессии. Больной сохраняет свою профессию и квалификацию, хотя в зарплате он может терять. Все вышеперечисленные рекомендации могут быть установлены на различные сроки. Положение об экспертизе говорит «и на постоянный срок», но все-таки целесообразнее устанавливать срок до года.

Второй вид трудоустройства может быть осуществлен даже со снижением квалификации на строго ограниченный период времени сроком до двух недель. По статье 157 Законов о труде этим лицам выплачивается средняя зарплата. Исключения из этого - беременные женщины (их переводят на облегченные условия труда со дня установления беременности до наступления родового отпуска и весь период времени выплачивается средняя зарплата).

Примеры, когда используется второй вид трудоустройства :

- когда больной уже был, а больничном листе и готовится на выписку, но в работе есть отрицательные факторы, которые могут влиять на течение заболевания (пневмонии, к примеру);
- когда до 2-х недель трудоустраивают бактерио - и вирусносителей на время санации. Особо в этом нуждаются больные, перенесшие дизентерию;
- когда можно осуществить перевод больных на облегченные работы и в том случае, когда острое заболевание или обострение хронического протекают с не резко выраженными функциональными нарушениями, когда оснований для полного освобождения нет, но в работе имеются факторы, которые могут усугубить течение заболевания ( срок до двух недель),

Третий вид трудоустройства - с выдачей доплатного больничного листа. Это предусмотрено для контингента, страдающего туберкулезом и профессиональными заболеваниями. Имеются в виду профзаболевания, установленные профцентром. Максимальный срок по этому виду — 2 месяца. Этот больничный лист может быть выдан только тогда, когда трудоустройство повлечет за собой снижение зарплаты. Можно трудоустраивать один раз в год, одновременно, а можно весной и осенью по одному месяцу. Следует учитывать то обстоятельство, что эти больные обычно переводятся на работу со снижением квалификации.

Предоставляется право выдачи доплатного больничного листка лицам с впервые установленной туберкулезной патологией, при трудоустройстве по своей профессии, предоставляя им неполный рабочий день + доплатной больничный лист. По туберкулезу на доплатной б/л можно перевести на любом этапе. По этому виду рационального трудоустройства можно его осуществлять и тогда, когда не было обычного б/л. Можно его дать и по состоянию интоксикации.

Аналогичный подход и к больным с профессиональными заболеваниями, когда после временного перевода на работу по доплатному больничному листу впоследствии будут возвращены к работе по своей профессии.

Нельзя трудоустраивать временно по доплатному листу работающих инвалидов, т.к. они и так работают в облегченных условиях труда.

Четвертый вид трудоустройства касается только следующих нозологических форм:

- травмы, полученные на производстве, а также по пути на работу и с работы, если эти рабочие доставлялись транспортом производства;
- больных с профессиональными заболеваниями

Это осуществляется согласно законодательным положениям о правилах возмещения предприятиями и организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением состояния здоровья - профзаболеванием. Временно по заключению КЭК субъект переводится на другую работу даже со снижением квалификации, и производство выплачивает ему разницу в зарплате между той, которую ранее получал больной и той, на которую больной переведен сроком до одного года.

Эффективность рационального трудоустройства зависит от того, насколько КЭК учла не только медицинские показания (характер заболевания, тяжесть нарушения функций), но и профессиональные навыки больного, общеобразовательный ценз, местные условия производства, личностные особенности больного.

Трудовая рекомендация состоит из следующего:

1. Какие виды труда показаны больному
2. От каких конкретно видов и условий труда, имевших место в его работе он должен быть освобожден. Следует указать примерно две профессии и срок перевода.

При направлении больного на КЭК лечащий врач делает запись в амбулаторной карте о состоянии больного, выводит развернутый диагноз, после чего обращается к КЭК с письменной просьбой: « прошу выдать справку о том, что больной по состоянию здоровья может работать по своей

профессии с освобождением от (дополнительных нагрузок, командировок и др) сроком (например на один год).

КЭК осматривает больного, вносит соответствующую запись в амбулаторную карту, сообщает решение больному и выдает справку. Диагноз писать необязательно (администрация может его не понять, и кроме этого, нарушается врачебная тайна). Больным, перенесшим травму на производстве и лицам с профзаболеванием, (чтобы своевременно информировать администрацию предприятия) - пишем дату травмы, чтобы был определен срок трудоустройства до года и диагноз. Желательно, чтобы справка с рекомендацией трудоустройства пересылалась в отдел кадров предприятия. Для трудоустройства беременных существует унифицированная справка — 084у.

Вся работа по трудоустройству должна учитываться лечебным учреждением в отдельном журнале: № 3 5.

**Соответствуют ли Ваши знания необходимым требованиям,**

**Вы можете проверить по следующим контрольным тестовым вопросам:**

1. Работающему инвалиду III группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением того, которое явилось причиной инвалидности, больничный лист может быть выдан

- а) на 1 месяц
- б) на 2 месяца
- в) на 3 месяца
- г) на 4 месяца
- д) на срок, определяемый в зависимости от прогноза

2. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении больничного листка

- а) выезд в другую местность

- б) отказ от госпитализации
- в) отказ от направления на ВТЭК
- г) неявка в назначенный день на ВТЭК
- д) явка на прием врача в состоянии опьянения

3. Если больной выписывается из стационара еще нетрудоспособным, врач стационара имеет право продлить больничный лист

- а) на 1 месяц с последующим направлением на ВКК
- б) на 3 дня
- в) не более, чем на 10 дней
- г) не более, чем на 6 дней

4. Трудовое устройство больных по "доплатному" больничному листу осуществляется

- а) при производственной травме
- б) при общем заболевании
- в) при бактерионосительстве
- г) при профессиональном заболевании

5. К ограничениям в работе, влекущим за собой установление группы инвалидности, относятся

- а) освобождение от дополнительных нагрузок и ночных смен
- б) освобождение от поднятия больших тяжестей
- в) освобождение от командировок
- г) выполнение работы с неполным рабочим днем

6. Максимально допустимый срок, в который первичная ВТЭК передает заявление инвалида, не согласного с ее решением, в вышестоящую ВТЭК

- а) до 3 дней
- б) до 10 дней
- в) до 20 дней

г) до 30 дней

7. Максимально допустимый срок, в который вышестоящая ВТЭК должна пересмотреть решение первичной ВТЭК по жалобе больного

- а) в течение 1 месяца
- б) в течение 2 месяцев
- в) в течение 3 месяцев
- г) в течение 6 месяцев

8. Больной М. 43 лет, грузчик, образование 7 классов. Выписывается из стационара, где находился 3.5 месяца в связи с операцией на легком, послеоперационное течение гладкое. Диагноз: Отсутствие нижней доли левого легкого, удаленного по поводу бронхоэктазов. Дыхательная недостаточность I степени. При направлении на ВТЭК выносится следующее решение

- а) временно нетрудоспособен
- б) инвалид III группы
- в) инвалид II группы
- г) инвалид I группы

9. При инкурабельных злокачественных новообразованиях, впервые диагностируемых, I группа инвалидности устанавливается

- а) на 6 месяцев
- б) на 1 год
- в) на 2 года
- г) бессрочно

10. Больному, перенесшему пульмонэктомию, II группу инвалидности устанавливают

- а) на 1 год
- б) на 2 года
- в) на 6 месяцев

г) без указания срока переосвидетельствования

11. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает

а) лечащий врач

б) заведующий отделением

в) заместитель главного врача по КЭР

г) клинико-экспертная комиссия

д) главный врач

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ.

1. д

2. б

3. в

4. г

5. г

6. а

7 а

8. б

9. в

10 а

11 г

### Задание 3.

**Разберите основные положения по теме:**

**«Экспертиза стойкой нетрудоспособности терапевтических больных».**

Проведение ВТЭ возможно лишь при наличии глубоких профессиональных знаний в выбранной специальности и с учетом достаточной осведомленности о характере выполняемой работы. Наибольшие трудности в решении вопросов ВТЭ возникают для врача в начале его трудовой деятельности, однако и опытному врачу приходится постоянно совершенствовать свои знания, опираясь на современные достижения медицинской науки и издаваемые инструктивные документы.

В РФ временную нетрудоспособность определяют врачи лечебно-профилактических учреждений органов здравоохранения, а стойкую утрату трудоспособности (инвалидность) - врачи медико-специальных экспертных комиссий (МСЭК), функционирующих в системе органов социального обеспечения. Заключение КЭК (клинико-экспертных комиссий) и МСЭК об условиях и характере труда, рекомендуемого больным и инвалидам, являются обязательными для администрации предприятий и учреждений.

В нашей стране принята классификация, включающая 3 группы инвалидности. Наиболее тяжелые больные относятся к инвалидам I группы. I группа устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, которые нуждаются в постоянном постороннем уходе, надзоре или помощи. Как правило, это люди с практически необратимыми процессами - конечная стадия онкологических заболеваний, полностью парализованные вследствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения и т. д. К этой группе относятся также лица, у которых имеют место резко выраженные нарушения функций и которые нуждаются в постороннем уходе, надзоре и помощи, однако при создании индивидуальных условий они способны выполнять определенные виды работ. К этой категории относятся слепые, больные с тяжелыми анатомическими дефектами.

II группа инвалидности устанавливается лицам, также имеющим значительные функциональные нарушения и практически полную нетрудоспособность, но не нуждающимся в постороннем уходе и помощи, т. е. способным себя обслужить самостоятельно.

II группа инвалидности устанавливается:

- лицам со стойкими нарушениями функций, когда выполнение профессионального труда полностью недоступно;
- лицам, которым труд противопоказан, поскольку под влиянием трудовых процессов может наступить ухудшение течения заболевания;
- лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, которым труд не противопоказан, но требует особых условий.

Установление III группы инвалидности предусматривает возможность продления трудовой деятельности.

III группа инвалидности устанавливается:

- лицам, которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации;
- лицам, которым необходимы значительные ограничения по своей профессии;

- лицам с низкой квалификацией или ранее не работавшим ввиду значительного ограничения возможности трудового устройства из-за сужения круга доступных работ;
- лицам, имеющим анатомические дефекты и деформации.

### **Определение I-й группы инвалидности**

Основанием для установления I-й группы инвалидности является такое нарушение функций организма, при котором инвалид не может сам себя обслуживать и нуждается в постоянной помощи, уходе или надзоре. Необходимость такого ухода имеется постоянно, а не только на период временного ухудшения состояния здоровья.

Инвалидность I-й группы устанавливается:

- лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в постоянном уходе (помощи или надзоре);
- лицам, которые, несмотря на стойкие резко выраженные функциональные нарушения и необходимость постоянного ухода или помощи, могут быть приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо созданных, индивидуально организованных условиях (специальные цехи, работа на дому, рабочие приспособления и др.). К этой категории относятся, например, слепые. Следовательно, не все инвалиды I-й группы полностью нетрудоспособны, некоторые из них могут быть приспособлены к работе в специализированных цехах или на дому, однако это не исключает необходимость постоянной помощи или ухода за ними.

### **Определение II-ой группы инвалидности**

Основанием для установления II-ой группы инвалидности являются значительные выраженные функциональные нарушения, которые, однако, не вызывают необходимости в постоянной помощи, но приводят либо к полной постоянной или длительной нетрудоспособности, либо к такому состоянию, когда отдельные виды труда могут быть доступны только в специально созданных условиях.

II-ая группа инвалидности устанавливается:

- лицам, у которых наступила полная или длительная потеря трудоспособности вследствие нарушения функций организма, но не нуждающихся в постоянном уходе; к ним относятся больные, потеря трудоспособности у которых обусловлена резко выраженным изменением функций;
- лицам, которым все виды труда на длительный срок противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности; к ним относятся больные с такой патологией, у которых даже легкий труд может привести к ухудшению течения болезни;
- лицам с тяжелыми хроническими заболеваниями, комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата и значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них условиях.

Следовательно, критерии для определения II-й группы инвалидности не являются однородными; с одной стороны, к инвалидам II-й группы

относятся лица, которые не могут работать вследствие выраженных нарушений функции, а с другой стороны, лица, которые не должны работать ввиду возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности, и, наконец, к ним относятся лица, которые могут работать в специально созданных условиях, как в спец. цехах, так и в общих цехах, учреждениях, а также и на дому.

### **Определение III-ей группы инвалидности**

Основанием для определения III-й группы инвалидности является значительное снижение трудоспособности вследствие нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами.

III группа инвалидности устанавливается:

- при необходимости перевода по состоянию здоровья на работу другой профессии более низкой квалификации вследствие невозможности продолжить работу в своей прежней профессии (специальности); например, перевод шофера на работу раздатчика инструмента в связи с гипертонической болезнью II стадии с преходящими нарушениями мозгового кровообращения;
  - при необходимости по состоянию здоровья значительных изменений условий труда в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации; например, перевод ткачихи-многостаночницы в связи с сахарным диабетом средней тяжести на обслуживание 1-2 станков с предоставлением ей дополнительного дня отдыха; перевод главного инженера предприятия в связи с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения с легкими остаточными явлениями в виде умеренно выраженного левостороннего гемипареза на работу в отдел информации с неполным рабочим днем и дополнительным днем отдыха;
  - при значительном ограничении возможности трудового устройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц малой квалификации или ранее не работавших; например, при затруднении в трудовом устройстве женщины пожилого возраста, уборщицы с начальным образованием, не имеющей трудовых навыков, страдающей язвенной болезнью желудка с умеренным стойким болевым синдромом;
- III группа инвалидности, кроме того, устанавливается независимо от выполняемой работы при анатомических дефектах или деформациях, влекущих за собой нарушение функций и значительные затруднения в выполнении профессионального труда. Перечень дефектов и деформаций приводится в инструкции по определению групп инвалидности (раздел IV п. «г»).

**Задание 4. Проверить усвоение знаний и умений необходимо**

**при решении следующих клинических задач.**

### Задача №1.

Инвалид III группы, инвалидность установлена в связи с бронхиальной астмой средней тяжести. Причина инвалидности - профессиональное заболевание. Работает в облегченных условиях в соответствии с рекомендацией ВТЭК; временная утрата трудоспособности у него обусловлена обострением профессиональной бронхиальной астмы. Укажите вид нетрудоспособности, который должен быть указан в больничном листе у данного больного

- а) общее заболевание
- б) профессиональное заболевание
- в) производственная травма
- г) бытовая травма

### Задача №2.

Больной З. 54 лет, маляр, как длительно болеющий впервые направлен на ВТЭК 15.03. Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03. Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом III группы. Укажите каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает больничный лист

- а) приступить к работе с 15.03
- б) признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03
- в) признан инвалидом III группы во ВТЭК 25.03
- г) приступить к работе с 25.03

### Задача №3

Больной Ю. 38 лет, формовщик, от направления на ВТЭК категорически отказался. В больничном листе указана дата направления на ВТЭК - 25.01. и сделана отметка о нарушении режима с 25.01 "Отказ от направления на ВТЭК". Документы больного были пересланы в экспертную комиссию и зарегистрированы 28.01. Больной на освидетельствование во ВТЭК явился лишь 15.02, где признан инвалидом III группы. Укажите, каким числом лечебное учреждение должно закрыть больничный лист в данном случае

- а) признан инвалидом III группы 25.01
- б) признан инвалидом III группы 28.01
- в) признан инвалидом III группы 15.02

- г) приступить к работе 16.02

Задача №4

Больной М., 78 лет, в течение 10 лет страдает сахарным диабетом II типа. Госпитализирован с жалобами на повышение температуры тела до 38,6 С, ознобы, кашель с отделением большого количества слизисто-гнойной мокроты с примесью крови, одышку. Заболел остро неделю назад, диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония. Лечение ампициллином дало некоторый положительный эффект. Однако на 7-й день болезни отмечено резкое ухудшение состояния: подъем температуры тела до 38,6С, озноб, нарастание одышки, значительное увеличение количества мокроты, появление в ней примеси крови.

Вопросы:

1. Что является наиболее вероятной причиной развившегося состояния?
  - А. Развитие воспалительного инфильтрата в правом легком.
  - Б. Формирование абсцесса легкого.
  - В. Развитие острого легочного сердца.
  - Г. Пневмоторакс.
  - Д. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Определите тактику антибактериальной терапии у этого больного:
  - А. Увеличить дозу ампициллина.
  - Б. Назначить цефалоспорины II второго поколения внутривенно в сочетании с аминогликозидами.
  - В. Назначить аминогликозиды внутримышечно.
  - Г. Назначить пенициллин внутривенно в больших дозах.
  - Д. Назначить фторхинолоны внутрь

**ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ.**

1 Вид нетрудоспособности, который должен быть указан в больничном листе у данного больного – общее заболевание - а

2. Лечебное учреждение закрывает больничный лист с формулировкой - признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03. (б).

3. В

4. 1) б

2) б

**Задание №5.**

Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения их на практическом занятии!