

Витебский государственный медицинский университет

Кафедра общей врачебной практики

Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 2.

Организация терапевтической помощи в амбулаторных условиях в Республике Беларусь.

Экспертиза временной нетрудоспособности в учреждениях здравоохранения.

Функции ВКК. Понятие о МРЭК.

Медико-социальная экспертиза и медико-реабилитационная экспертная комиссия

Доцент кафедры общей
врачебной практики
врач-терапевт высшей
квалификационной категории
ЕГОРОВ
Константин Николаевич

Старший преподаватель кафедры
общей врачебной практики
врач общей практики высшей
квалификационной категории
СЕРЁГИН
Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач-гематолог первой
квалификационной категории
ЗУБАРЕВА
Елена Валерьевна

Экспертиза стойкой утраты
трудоспособности

Классификация основных
категорий жизнедеятельности

Трудовой прогноз

Критерии определения группы
инвалидности

Понятие о МРЭК

Основные функции МРЭК

Порядок направления пациентов
на медико-социальную
экспертизу

Понятие о реабилитации

Медико- социальная экспертиза: определение

- Медико-социальная экспертиза (**МСЭ**) – экспертиза нарушения жизнедеятельности пациентов — область науки и система практической деятельности здравоохранения, которая определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.
- Предметом МСЭ является определение потребностей пациента в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки имеющихся ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.
- МСЭ является составной частью лечебно-диагностической работы врача, на которого ложится вся полнота ответственности за правильную экспертизу трудоспособности и правильность оформления медицинской документации. Чтобы обеспечить успешное выполнение этих задач, врачи должны постоянно изучать приказы, инструкции и методические письма по вопросам совершенствования МСЭ, повышать свою профессиональную квалификацию.

Медико- социальная экспертиза: задачи

- Оценка состояния трудоспособности.
- Экспертиза временной нетрудоспособности
- Экспертный контроль за длительно болеющими.
- Определение трудовых рекомендаций.
- Установление причин инвалидности.
- Систематическое наблюдение и контроль за состоянием трудоспособности инвалидов.
- Содействие профилактике и лечению заболеваний, профилактике инвалидности.
- Определение и изучение экономических (по классам болезней) и социальных причин инвалидности.
- Установление степени потери трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой.

МРЭК, главный врач

Основание: Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1185 от 17.12.2014 г. «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»

- Руководство МРЭК осуществляется главным врачом, назначаемым на должность и освобождаемым от должности начальником управления здравоохранения, председателем комитета по здравоохранению по согласованию с Министром здравоохранения.
- Главный врач МРЭК:
 - руководит деятельностью МРЭК;
 - действует без доверенности от имени МРЭК в соответствии с законодательством и Уставом МРЭК, представляет интересы МРЭК в отношениях с государственными органами, юридическими и физическими лицами;
 - издает приказы и дает указания, обязательные для всех работников МРЭК;
 - принимает решения о создании и ликвидации структурных и (или) обособленных подразделений МРЭК;
 - утверждает структуру и штатное расписание МРЭК согласно примерным штатным нормативам медицинских и других работников МРЭК, утверждаемым Министерством здравоохранения;
 - принимает на работу и увольняет с работы работников МРЭК, поощряет и применяет к ним меры дисциплинарного взыскания;
 - утверждает должностные обязанности работников МРЭК;
 - распоряжается имуществом МРЭК, включая денежные средства;
 - решает в соответствии с законодательством иные вопросы, касающиеся деятельности МРЭК.

МРЭК, структура

Основание: Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1185 от 17.12.2014 г. «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»

- В структуру МРЭК входят:
 - специализированные, межрайонные (районные, городские) комиссии (первичные комиссии),
 - центральные комиссии;
 - кабинеты медико-профессиональной реабилитации;
 - отделы оценки качества оказания медицинской помощи;
 - иные структурные и (или) обособленные подразделения, обеспечивающие деятельность МРЭК.
- Количество первичных и центральных комиссий в МРЭК определяется из расчета:
 - одна первичная комиссия на 100 тыс. человек, проживающих в районе (городе) обслуживания первичной комиссии, при условии проведения освидетельствований 1,6-1,8 тыс. человек в год, а также с учетом объемов выполняемой работы, относящейся к компетенции МРЭК;
 - одна центральная комиссия на 4 первичные комиссии.
- Специализированные комиссии создаются для проведения медико-социальной экспертизы при заболеваниях, наиболее распространенных на данной территории, или в случаях, когда требуются специальные условия для проведения медико-социальной экспертизы.
- Первичные комиссии осуществляют свою деятельность по территориальному признаку (в пределах обслуживаемой территории) или по профилю заболеваний.
- Работникам МРЭК выдается удостоверение, форма которого утверждается Министерством здравоохранения.
- В МРЭК ведутся медицинские документы по формам, установленным Министерством здравоохранения
- В состав комиссии входит, как правило, не менее трех врачей-экспертов. Комиссию возглавляет председатель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности главным врачом МРЭК. Каждая комиссия имеет печать со своим наименованием и наименованием МРЭК.
- При временном отсутствии одного или нескольких врачей-экспертов, входящих в состав комиссии, и невозможности их замены освидетельствование пациента проводится не менее чем двумя врачами-экспертами, один из которых является председателем комиссии.

МРЭК, права

Основание: Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1185 от 17.12.2014 г. «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»

- вносить на рассмотрение руководства Министерства здравоохранения, управления здравоохранения, комитета по здравоохранению предложения по вопросам оценки качества оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз;
- запрашивать и получать в установленном порядке у государственных органов, организаций здравоохранения и иных организаций необходимую для осуществления своей деятельности информацию;
- давать разъяснения гражданам и юридическим лицам по вопросам своей компетенции;
- взаимодействовать с местными исполнительными и распорядительными органами, организациями здравоохранения и иными организациями;
- осуществлять иные полномочия, предусмотренные законодательством.

Организация, деятельность и функции МРЭК

- Председатель комиссии:
 - руководит ее деятельностью и несет ответственность за выполнение возложенных на комиссию задач, в том числе за своевременность и качество проведения комиссией медико-социальной экспертизы;
 - подписывает медицинские документы и удостоверение инвалида, а также заверяет их печатью комиссии;
 - решает иные вопросы деятельности комиссии.
- Первичные комиссии:
 - проводят медико-социальную экспертизу в порядке, установленном законодательством, с оформлением заключения МРЭК, ИПР, удостоверения инвалида и других документов;
 - проводят анализ выполнения мероприятий ИПР в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь и направивших пациента на медико-социальную экспертизу;
 - оказывают в пределах своей компетенции методическую и консультативную помощь организациям здравоохранения, государственным медицинским научным организациям, оказывающим медицинскую помощь пациентам;
 - проводят анализ показателей инвалидности, медицинской реабилитации;
 - вносят предложения руководителю МРЭК по оптимизации показателей инвалидности, проведению медицинской реабилитации;
 - выполняют иные функции, предусмотренные законодательством.
- Центральные комиссии:
 - проводят медико-социальную экспертизу в порядке, установленном законодательством, в том числе по обжалованию решения первичной комиссии при несогласии пациентов (их законных представителей) с данным решением в порядке, предусмотренном настоящим Положением; по направлению первичных комиссий в сложных случаях медико-социальной экспертизы; в иных случаях, определяемых законодательством;
 - осуществляют анализ показателей инвалидности, медицинской реабилитации;
 - вносят предложения руководителю МРЭК по оптимизации показателей инвалидности, проведению медицинской реабилитации;
 - выполняют иные функции, предусмотренные законодательством.
- Центральная комиссия при проведении медико-социальной экспертизы является вышестоящим органом по отношению к первичным комиссиям и осуществляет координацию деятельности первичных комиссий, а также методическое руководство и контроль за проведением медико-социальной экспертизы в этих комиссиях.
- Центральная комиссия в случае выявления нарушений в проведении медико-социальной экспертизы в течение 30 дней с даты вынесения решения первичной комиссией:
 - дает поручение первичной комиссии об устранении выявленных нарушений;
 - дает поручение первичной комиссии провести освидетельствование (переосвидетельствование) пациента;
 - проводит медико-социальную экспертизу пациента в очной форме с учетом имеющихся в МРЭК его медицинских и иных документов;
 - информирует о выявленных нарушениях заинтересованных для принятия необходимых мер.
- При выявлении нарушений в проведении медико-социальной экспертизы в срок, превышающий 30 дней с даты вынесения решения первичными комиссиями, а также в случаях, установленных законодательством, центральная комиссия осуществляет медико-социальную экспертизу пациента в очной форме в порядке, установленном Положением о порядке проведения медико-социальной экспертизы (экспертизы нарушения жизнедеятельности пациентов), утвержденным постановлением, утвердившим настоящее Положение, и (или) информирует о выявленных нарушениях заинтересованных для принятия необходимых мер.
- Руководитель МРЭК определяет в порядке, установленном Министерством здравоохранения, категории пациентов (основные категории граждан, имеющих право на социальные льготы, граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, членов их семей и других граждан), медико-социальная экспертиза которых осуществляется первичными или центральными комиссиями.
- Комиссии имеют право:
 - направлять граждан в кабинет медико-профессиональной реабилитации для проведения консультации; в организации здравоохранения, государственные медицинские научные организации для проведения дополнительного обследования, уточнения клинико-функционального диагноза;
 - запрашивать в установленном порядке у организаций здравоохранения и иных организаций информацию, в том числе сведения об условиях и характере труда граждан, в целях формирования ИПР;
 - привлекать для участия в работе комиссий с правом совещательного голоса врачей-специалистов, представителей органов по труду, занятости и социальной защите, страховых и иных организаций;
 - давать разъяснения пациентам по вопросам медико-социальной экспертизы;
 - взаимодействовать с местными исполнительными и распорядительными органами, организациями здравоохранения и иными организациями по вопросам, входящим в их компетенцию;
 - осуществлять иные полномочия, предусмотренные законодательством.
- Комиссии несут ответственность за своевременность и качество проведения медико-социальной экспертизы.

Порядок обжалования решений МРЭК

- Решение первичной комиссии может быть обжаловано пациентом (его законным представителем) в течение 30 дней со дня его принятия путем подачи административной жалобы в письменной форме в центральную комиссию.
- Центральная комиссия в течение 30 дней со дня регистрации жалобы пациента (его законного представителя) проводит медико-социальную экспертизу пациента (по обжалованию).
- При несогласии пациента (его законного представителя) с решением центральной комиссии он может обжаловать это решение главному врачу МРЭК в течение 30 дней со дня вынесения решения. На основании жалобы пациента (его законного представителя) главный врач МРЭК соответствующей области (г. Минска) поручает проведение медико-социальной экспертизы другому составу врачей-экспертов центральной комиссии.
- Заключение центральной комиссии может быть обжаловано пациентом в суд в соответствии с гражданским процессуальным законодательством.
- В сложных случаях медико-социальной экспертизы центральная комиссия имеет право направлять пациента на консультацию в государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации".
- При несогласии пациента с заключением центральной комиссии по его заявлению проводится независимая медицинская экспертиза в порядке, установленном законодательством.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: понятие

- **Инвалидность** – это состояние, при котором нарушение функций организма, обусловленное заболеванием или травмой, приняло необратимый или частично обратимый характер, несмотря на длительное комплексное лечение, и вынудило работника полностью прекратить всякий труд в производственных условиях или перейти к облегченным условиям труда, что часто приводит к потере основной профессии, снижению квалификации, либо значительному уменьшению объема работы или нормы выработки. Инвалидность может наступить вследствие различных причин и социальных обстоятельств, что предопределяет различные права, характер и объем социальной помощи.
- **Инвалидом** считается лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими гражданами.
- Данное определение основано на понимании инвалидности как социального явления и не приводит к отделению инвалидов от общества или их исключению из какой-либо сферы, а лишь подчеркивает их индивидуальные особенности и необходимость поиска путей адаптации для полного и эффективного участия их в жизни общества наравне с другими гражданами.
- Признание гражданина инвалидом осуществляется медико-реабилитационными экспертными комиссиями (далее – МРЭК) в порядке, установленном постановлениями Министерства здравоохранения Республики.
- К работе МРЭК могут привлекаться с правом совещательного голоса врачи-специалисты, представители комитетов, управлений (отделов) по труду, занятости и социальной защите местных В зависимости от степени выраженности расстройства функций организма и ограничений жизнедеятельности лицам, признаваемым инвалидами, устанавливаются группа и причина инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид» с определением степени утраты здоровья.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: индивидуальная программа реабилитации инвалида

Основание: постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №10 от
2.02.2009 г. «Об утверждении
формы индивидуальной
программы реабилитации
инвалида»

- МРЭК в целях формирования базы данных инвалидов, учета и анализа структуры инвалидности ведут карту учета инвалида в медико-реабилитационной экспертной комиссии и карту учета ребенка-инвалида в медико-реабилитационной экспертной комиссии. В целях реабилитации инвалидов составляется индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР), которая состоит из трех разделов:
 - программа медицинской реабилитации,
 - программа профессиональной и трудовой реабилитации,
 - программа социальной реабилитации.
- При составлении ИПР инвалида врачи МРЭК обязаны проинформировать инвалида о его правах.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: критерии установления групп инвалидности

Основание: инструкция «О порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» от 25.10.2007 г. № 97

- Гражданин направляется на ВКК организации здравоохранения, оказывающей ему медпомощь, после диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленных заболеванием, последствием травмы или дефектом, и приведших к ограничению жизнедеятельности.
- Нарушении функции определяется функциональным классом: ФК₀, ФК₁, ФК₂, ФК₃, ФК₄. ФК₀ – отсутствие признаков группы инвалидности, ФК₂ – признаки III группы инвалидности, ФК₃ – признаки II группы инвалидности, ФК₄ – признаки I группы инвалидности
- Освидетельствование осуществляется по месту расположения МРЭК и проводится врачами-экспертами. Включает экспертное обследование, изучение направления на МСЭ, представленных медицинских и иных документов, анализа социально-бытовых, психологических и иных данных. Документы представлены в.
- Заключение МРЭК гражданин (его законный представитель) может обжаловать в 30-дневный срок. Для чего нужно подать заявление в комиссию, проводившую медико-социальную экспертизу, либо в центральную комиссию.
- Освидетельствование граждан на МРЭК проводится по месту жительства (постоянная прописка) или прикрепления их к лечебно-профилактическому учреждению по направлению ВКК соответствующей лечебно-профилактической организации. МРЭК проводят выездные заседания в ЛПУ по определенному графику, а также выезжают на дом или в стационар, если пациент не может явиться на заседание по состоянию здоровья.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: классификация основных видов нарушений функций и основных критериев жизнедеятельности и степени их выраженности

Основание: инструкция «О порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» от 25.10.2007 г. № 97

- **Основные виды оцениваемых нарушений функций организма:**
 - нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
 - нарушения языковых и речевых функций (нарушение устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и прочее);
 - нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
 - нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
 - нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
 - нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).
- **При оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функции организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:**
 - 1-я степень – легкие (незначительно выраженные) нарушения функции;
 - 2-я степень – умеренные (умеренно выраженные) нарушения функции;
 - 3-я степень – выраженные нарушения функции;
 - 4-я степень – резко выраженные нарушения функции.
- **Основные критерии жизнедеятельности человека:**
 - способность к самообслуживанию;
 - способность к самостоятельному передвижению;
 - способность к ориентации;
 - способность к общению;
 - способность контролировать свое поведение;
 - способность к обучению;
 - способность к трудовой деятельности;
 - способность к ведущей возрастной деятельности.
- **При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (далее – ФК) их выраженности (в процентах):**
 - ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0 %);
 - ФК 1 – легкое нарушение (от 1 % до 25 %);
 - ФК 2 – умеренно выраженное нарушение (от 26 % до 50 %);
 - ФК 3 – выраженное нарушение (от 51 % до 75 %);
 - ФК 4 – резко выраженное нарушение (от 76 % до 100 %).

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: термины медико- социальной экспертизы

Основание: Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1185 от 17.12.2014 г. «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»

- Освидетельствование – это установление или подтверждение факта наличия или отсутствия у лица нарушений жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности, и степени их выраженности путем комплексной оценки врачами-экспертами МРЭК состояния здоровья пациента и возникших нарушений функций органов и систем его организма на основании анализа результатов медицинского осмотра и (или) лабораторных и иных методов исследований, анализа информации, содержащейся в направлении на медико-социальную экспертизу, анализа других документов.
- Степень утраты здоровья – степень выраженности социальной недостаточности ребенка-инвалида, определяемая МРЭК при проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с имеющимися у него нарушениями жизнедеятельности, в том числе с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными стойким нарушением функций органов и систем его организма, наличием (отсутствием) анатомического дефекта, и иными критериями, устанавливаемыми Министерством здравоохранения.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: порядок проведения медико-социальной экспертизы

Основание: Постановление Совета
Министров Республики Беларусь
№1185 от 17.12.2014 г. «О
некоторых вопросах проведения
медико-социальной экспертизы и
деятельности медико-
реабилитационных экспертных
комиссий»

- Медико-социальная экспертиза проводится МРЭК.
- Медико-социальная экспертиза проводится в целях:
 - определения нарушений функций органов и систем организма пациента, степени выраженности нарушений его жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности;
 - установления инвалидности у лиц старше 18 лет, в том числе группы и причины инвалидности, даты наступления и срока инвалидности;
 - установления категории "ребенок-инвалид" у лиц в возрасте до 18 лет, в том числе степени утраты здоровья, даты наступления и срока инвалидности, а в случаях, предусмотренных законодательством, - причины инвалидности;
 - определения видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий пациентов;
 - установления степени утраты профессиональной (общей) трудоспособности в случаях, предусмотренных законодательством;
 - в иных целях, установленных законодательством.
- Медико-социальная экспертиза пациента проводится в очной или заочной форме.
- При проведении очной формы МСЭ освидетельствование пациента МРЭК может осуществляться:
 - по месту расположения МРЭК;
 - на выездном заседании МРЭК: по месту жительства (месту пребывания) пациента; в организациях здравоохранения, государственных медицинских научных организациях; в учреждениях социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание.
- Освидетельствование лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел, проводится в порядке, установленном законодательством.
- В случаях, установленных законодательством и международными договорами Республики Беларусь, МСЭ может проводиться заочно на основании медицинских и иных документов пациента, представленных в МРЭК компетентными организациями.
- Порядок направления пациента на МСЭ организацией здравоохранения, государственной медицинской научной организацией, оказывающей медицинскую помощь, а также форма такого направления устанавливаются Министерством здравоохранения.
- МСЭ пациента должна быть проведена не позднее 30 дней, а пациента в периоде ВН – не позднее трех рабочих дней со дня поступления в МРЭК направления на МСЭ, в котором указывается цель ее проведения.
- Врачами-экспертами МРЭК при проведении МСЭ осуществляется освидетельствование пациента (за исключением случаев проведения заочной формы МСЭ), а также анализ психологических, профессионально-трудовых и иных сведений о пациенте.
- Порядок освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов, а также критерии установления инвалидности, в том числе группы и причины инвалидности, даты наступления и срока инвалидности у лиц старше 18 лет, категории "ребенок-инвалид", включая степень утраты здоровья, дату наступления и срок инвалидности, а в случаях, предусмотренных законодательством, – причины инвалидности у лиц в возрасте до 18 лет, классификации основных видов нарушений функций органов и систем организма пациента, классификации основных категорий жизнедеятельности и степени их выраженности определяются Министерством здравоохранения.
- Вне зависимости от цели направления пациента на МСЭ и при наличии оснований, если иное не определено законодательством, в ходе МСЭ:
 - устанавливается инвалидность у лиц старше 18 лет, в том числе группа и причина инвалидности, дата наступления и срок инвалидности;
 - устанавливается категория "ребенок-инвалид" у лиц в возрасте до 18 лет, в том числе степень утраты здоровья, дата наступления и срок инвалидности, а в случаях, предусмотренных законодательством, - причина инвалидности. При этом ребенку-инвалиду может быть установлена первая, вторая, третья или четвертая степень утраты здоровья (I - IV) в зависимости от критериев ее установления;
 - определяется степень утраты профессиональной (общей) трудоспособности у лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством;
 - формируется или корректируется ИПР инвалида и (или) ПРП с определением видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий;
 - определяется время наступления инвалидности (установления категории "ребенок-инвалид") по запросам районных (городских) управлений (отделов) по труду, занятости и социальной защите для назначения досрочной пенсии по возрасту родителям детей-инвалидов (инвалидов с детства) и других целей.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: решение МРЭК

Основание: Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1185 от 17.12.2014 г. «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий»

- После проведения медико-социальной экспертизы МРЭК выносит одно из следующих решений:
 - инвалидность установлена с указанием группы и причины инвалидности, даты наступления и срока инвалидности у лиц старше 18 лет;
 - инвалидность установлена с указанием группы и причины инвалидности, даты наступления и срока инвалидности, степени утраты профессиональной (общей) трудоспособности в процентах при страховых и иных случаях, предусмотренных законодательством, у лиц старше 18 лет;
 - установлена категория "ребенок-инвалид" с указанием степени утраты здоровья, даты наступления и срока инвалидности, а в случаях, предусмотренных законодательством, - причины инвалидности и (или) степени утраты профессиональной (общей) трудоспособности в процентах у лиц в возрасте до 18 лет;
 - инвалидность не установлена, определена степень утраты профессиональной (общей) трудоспособности в процентах при страховых случаях;
 - инвалидность не установлена.
- При необходимости МРЭК в пределах своей компетенции может выносить иные решения в рамках проведения МСЭ в соответствии с законодательством.
- При проведении МСЭ МРЭК устанавливает наличие (отсутствие) у пациента медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет. Медицинскими показаниями, дающими право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, являются критерии установления категории «ребенок-инвалид» с первой – четвертой степенью утраты здоровья, определяемые Министерством здравоохранения.
- Решение МРЭК объявляется председателем МРЭК устно пациенту, проходившему МСЭ (его законному представителю). При необходимости пациенту (его законному представителю) в установленном порядке даются устные разъяснения по вопросам МСЭ.
- Датой окончания МСЭ пациента является дата вынесения решения МРЭК.
- В случае признания пациента инвалидом датой установления инвалидности считается дата поступления в МРЭК направления на МСЭ.
- МРЭК по результатам МСЭ пациента и в соответствии с вынесенным решением оформляются:
 - заключение МРЭК с указанием при необходимости формулировки «инвалид по слуху», и (или) «инвалид по зрению», и (или) «инвалид с нарушением опорно-двигательного аппарата»;
 - ИПР;
 - ПРП;
 - ЛН и (или) справка о временной нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством.
- При установлении группы инвалидности у лиц старше 18 лет или степени утраты здоровья у лиц в возрасте до 18 лет МРЭК выдается гражданам удостоверение инвалида в порядке, установленном законодательством об административных процедурах.
- Формы заключения МРЭК, ИПР, ПРП устанавливаются Министерством здравоохранения. Заключение МРЭК, а также ИПР, ПРП выдаются пациенту (его законному представителю) при предъявлении им документа, удостоверяющего личность.
- Заключение МРЭК направляется в порядке, установленном законодательством, в орган, назначающий (назначивший) и (или) выплачивающий пенсию; в страховую организацию при страховых случаях; нанимателю. Заключение МРЭК с согласия пациента может направляться в органы и (или) организации, расположенные за пределами Республики Беларусь, если иное не установлено законодательством или международными договорами Республики Беларусь.
- ИПР направляется в порядке, установленном законодательством, в организации и индивидуальным предпринимателям, занимающимся реабилитацией.
- Сведения о всех случаях признания инвалидами граждан, состоящих или обязанных состоять на воинском учете, в недельный срок со дня вынесения решения МРЭК направляются в порядке, установленном законодательством, в военные комиссариаты (обособленные подразделения военных комиссариатов), иные организации, осуществляющие воинский учет.
- При несогласии гражданина с заключением МРЭК он имеет право обжаловать его в порядке, установленном в Положении о медико-реабилитационных экспертных комиссиях, утвержденном постановлением, утвердившим настоящее Положение.

Экспертиза стойкой утраты трудоспособности: направление на медико-социальную экспертизу

Основание: инструкция «О порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» от 25.10.2007 г. № 97

18. Результаты дополнительных методов диагностики (указываются результаты лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных, иных исследований)

19. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

19.1. код основного заболевания по принятой Международной классификации болезней _____

19.2. основное заболевание _____

19.3. осложнения _____

19.4. сопутствующие заболевания _____

Линия отрыва

Подлежит возврату в организацию здравоохранения, оказывающую пациенту медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства (пребывания)

Отрывной талон

Наименование и адрес медико-реабилитационной экспертной комиссии

Дата отправки отрывного талона «__» _____ 20__ г.

Отрывной талон к направлению на медико-социальную экспертизу направлен УЗ «Бобруйская городская поликлиника №2», г. Бобруйск, ул. Комсомольская 29.

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____

2. Место жительства (пребывания) пациента _____

3. Акт освидетельствования от «__» _____ 20__ г., № _____

4. Диагноз МСЭ и код основного заболевания по принятой Международной классификации болезней _____

5. Степень нарушения функций организма пациента (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения РБ от 25.10.2007 №97, глава 6)

20. Нарушение основных видов функций организма пациента (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения РБ от 25.10.2007 №97, глава 6)

21. Признаки ограничения жизнедеятельности, на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужно подчеркнуть, указать): полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать своё поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью

22. Клинико-трудовой прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределённый), неблагоприятный (нужно подчеркнуть).

23. Реабилитационный потенциал: высокий, средний, низкий (нужно подчеркнуть).

24. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределённый), неблагоприятный (нужно подчеркнуть).

25. Цель направления на медико-социальную экспертизу (нужно подчеркнуть, указать): продление листа нетрудоспособности, установление инвалидности (степени утраты здоровья), окончание срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование, изменение (уточнение формулировки) причины инвалидности, изменение (коррекция) индивидуальной программы реабилитации инвалида в части определения условий труда инвалида, формирование (коррекция) индивидуальной программы реабилитации инвалида (программы реабилитации потерпевшего), определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, для другого _____

Председатель ВКК _____

(инициалы, фамилия)

(подпись)

Члены ВКК

А.Г. Серёгин

(инициалы, фамилия)

(подпись)

Место печати

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

Линия отрыва

6. Степень ограничения жизнедеятельности (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения РБ от 25.10.2007 №97, глава 6)

7. Заключение МРЭК _____

(инвалидность первой, второй, третьей группы, категория «ребенок-инвалид» и степень утраты здоровья, утрата профессиональной трудоспособности в процентах)

(пределы инвалидности)

(условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида)

(включительно с момента ее формирования индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента в организации здравоохранения)

8. Срок действия заключения МРЭК с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Место печати

Председатель МРЭК _____

(инициалы, фамилия)

(подпись)



Анатомические дефекты, при которых устанавливается I группа инвалидности (или четвёртая степень утраты здоровья у лиц в возрасте до 18 лет)

- Культи обеих кистей с отсутствием всех фаланг четырех пальцев, включая первые или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей
- Культи одной кисти с отсутствием всех фаланг четырех пальцев, включая первые или более высокие уровни ампутации одной верхней конечности в сочетании с культей кисти второй верхней конечности при:
 - отсутствии всех фаланг четырех пальцев, исключая первый;
 - отсутствии всех фаланг трех пальцев, включая первый; отсутствии первого и второго пальцев;
 - отсутствии трех пальцев, исключая первый, с соответствующими пястными костями
- Культи обеих нижних конечностей на уровне бедер
- Сочетание ампутации верхней конечности на уровне плеча и ампутации нижней конечности на уровне бедра
- Травматическое повреждение позвоночника с полным разрывом спинного мозга
- Двусторонний анофтальм

Анатомические дефекты, при которых устанавливается II группа инвалидности (или третья степень утраты здоровья у лиц в возрасте до 18 лет)

- Культи обеих кистей при: отсутствии всех фаланг четырех пальцев, исключая первые; отсутствии всех фаланг трех пальцев, включая первые; отсутствии первого и второго пальцев; отсутствии трех пальцев, исключая первый, с соответствующими пястными костями
- Экзартикуляция одной верхней конечности (в плечевом суставе)
- Ампутационная культя одной верхней конечности на уровне плеча при длине культи менее 5 сантиметров от переднего края подмышечной впадины
- Культи обеих нижних конечностей: культи стоп по Шопару; культи голеней, в том числе по Пирогову
- Культи одной нижней конечности на уровне или проксимальнее малого вертела бедренной кости
- Культи голени и более высокие ампутации одной нижней конечности в сочетании с отсутствием всех фаланг четырех пальцев или более высокой ампутацией одной верхней конечности
- Культи одной верхней конечности и отсутствие одного глаза
- Культи стопы по Шопару или более высокие ампутации одной нижней конечности и отсутствие одного глаза
- Состояние после экстирпации мочевого пузыря
- Постоянное канюленосительство вследствие резекции или отсутствия гортани
- Постоянная колостома или илеостома

Анатомические дефекты, при которых устанавливается III группа инвалидности (или вторая степень утраты здоровья у лиц в возрасте до 18 лет)

- Отсутствие всех фаланг четырех пальцев одной кисти, исключая первый
- Отсутствие всех фаланг трех пальцев кисти, включая первый
- Отсутствие первого и второго пальцев кисти с соответствующими пястными костями
- Отсутствие трех пальцев кисти с соответствующими пястными костями
- Отсутствие первых пальцев обеих кистей
- Экзартикуляция кисти на уровне лучезапястного сустава
- Ампутационная культя одной верхней конечности при длине культи 5 сантиметров и более от переднего края подмышечной впадины
- Культя стопы после ампутации по Шопару, Лисфранку
- Ампутационная культя одной нижней конечности дистальнее малого вертела бедренной кости
- Двусторонние культы стоп по Шарпу
- Укорочение одной нижней конечности на 10 см и более у лиц старше восемнадцати лет
- Низкий рост (рост менее 150 см у лиц старше восемнадцати лет), обусловленный патологией эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, хромосомными аномалиями
- Не замещенный костный дефект черепа площадью 12 квадратных сантиметров и более
- Отсутствие щитовидной железы
- Состояние после экстирпации желудка
- Отсутствие одного легкого
- Отсутствие одного глаза
- Слепота на один глаз (полная или практическая слепота (слабовидение) на один глаз (острота зрения 0,04 и ниже с коррекцией)
- Сколиоз IV степени с углом сколиотической деформации 61 градус и более (при измерении по методу Кобба)
- Наличие имплантированной по поводу сколиотической деформации позвоночника корригирующей металлоконструкции, фиксирующей грудной отдел позвоночника с захватом грудопоясничного отдела
- Тотальные эндопротезы двух крупных суставов (тазобедренного и (или) коленного и (или) голеностопного) одной или обеих нижних конечностей
- Однополюсный эндопротез тазобедренного сустава
- Модульный эндопротез тазобедренного сустава с циркулярным дефектом диафиза бедренной кости дистальнее уровня малого вертела бедренной кости
- Модульный эндопротез коленного сустава с циркулярным дефектом части диафиза бедренной или большеберцовой кости.

Реабилитация, определение, цели, задачи

- Медицинская реабилитация – это процесс, направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм.
- Основные цели медицинской реабилитации:
 - предупреждение инвалидности,
 - восстановление и продление активной жизнедеятельности,
 - социальная интеграция,
 - обеспечение приемлемого качества жизни.
- Максимальная задача – достижение полного уровня социально-бытового обслуживания; минимальная задача – повышение способности пациента к самообслуживанию.
- **Реабилитация — это не только медицина.** Для того, чтобы вернуть человека к максимально полноценной для него жизни, предпринимается целый комплекс мер.
- Для каждого пациента составляется индивидуальная программа реабилитации. Определяются те функциональные нарушения, которые привели к ограничениям жизнедеятельности (например, способности к передвижению, общению, ориентации и т. д.). Для реабилитолога важен не только клинический, но и клинико-функциональный диагноз. Он отражает не только наличие функциональных нарушений, но и степень их выраженности, характер течения заболевания, возможность и степень достижения компенсации лекарственными, техническими или иными средствами.

Реабилитация, компоненты

- Система медицинской реабилитации в нашей стране представлена 326 специализированными отделениями медицинской реабилитации, из них 96 стационарных и 230 амбулаторно-поликлинических.
- Развернуто более 4 000 коек для взрослых и детей.
- В Беларуси функционирует этапная система медицинской реабилитации.

Психодиагностика и психокоррекция

- Более 50% пациентов после серьезного заболевания испытывают депрессию. Люди считают, что нормальная жизнь для них уже закончена. Неизбежна потеря работы, семьи и всего привычного уклада жизни. Но в большинстве случаев, приложив усилия вовремя, можно найти способы не быть исключенным из социальной жизни.

Физические методы реабилитации

- Физиотерапевтические процедуры, массаж, бальнеолечение и др.
- Тренажеры с биологически обратной связью, компьютерные технологии
- Роботизированные тренажеры (пациента помещают в тренажер, и робот помогает ему учиться ходить, разрабатывать движения в руках и ногах)
- Логопеды, фониатры и др.

Медикаментозное лечение

- В реабилитации медикаментозная терапия применяется лишь как вспомогательное и поддерживающее средство

Технические средства реабилитации

- Инвалидам и пожилым людям важно обеспечивать дополнительную помощь в быту. Целый перечень технических средств, таких как кресла-коляски, трости, костыли, ходунки, поручни, сидения, протезы и др. выдаются на льготных условиях.

Реабилитация, этапы медицинской реабилитации

Этап 1. Лечебно-реабилитационный

- Осуществляется в остром периоде заболевания или травмы, начинается в профильном отделении стационара или даже в отделении реанимации и интенсивной терапии. Профилактика развития застойной пневмонии, пролежней, контрактур – всё это тоже относится к реабилитационным мероприятиям.

Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация

- Осуществляется в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или травмы в стационарных отделениях ранней медреабилитации.
- На Республиканском уровне такую реабилитационную помощь оказывают Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации (г.п. Аксаковщина); РНПЦ медэкспертизы и реабилитации (г.п. Городище); Республиканская детская больница медреабилитации (Острошицкий Городок); Республиканский детский центр медреабилитации (д. Боровое); Республиканский Центр медицинской реабилитации и бальнеолечения (г. Минск).
- Многопрофильные центры медреабилитации в среднем на 200 коек есть в каждом областном центре.
- Минский городской центр медицинской реабилитации функционирует на базе 11-й ГKB.

Этап 3. Амбулаторный

- Осуществляется в реабилитационных, а при их отсутствии – в профильных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения. Во многих поликлиниках работают отделения или хотя бы кабинеты медицинской реабилитации. Врач-реабилитолог (или врач по профилю заболевания) определит наличие показаний и противопоказаний. Специалисты будут помогать пациенту в дальнейшем устранении двигательных, речевых и прочих нарушений по индивидуально составленной программе реабилитации.

Этап 4. Домашний

- В проведении этого этапа нуждаются, прежде всего, 2 категории пациентов:
- Во-первых, те, кто не передвигаются вовсе или с трудом перемещаются по квартире. В таком случае важно обучение родственников. Нужно рассказать, что можно пациенту и чего нельзя. Как его приподнимать, как усадить, как накормить и др. Есть такие понятия, как «школа пациента», а также «школа родственников пациента».
- Во-вторых, — это люди с легкими и умеренными последствиями заболеваний и травм. Им в поликлинике составляются рекомендации и задания для занятий в домашних условиях.

Этап 5. Поздняя (повторная) стационарная медреабилитация

- Назначается и проводится пациентам в поздний восстановительный период заболеваний, период последствий заболеваний, в случаях, когда восстановление утраченного здоровья происходит, но требуется применение высокоинтенсивной реабилитационной помощи в условиях стационара для достижения положительного эффекта.

Реабилитация, показания

- В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1300 от 10.12.2014 г. «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения» четко изложены медицинские показания и противопоказания к направлению на различные этапы медицинской реабилитации, указано, на какой день после тяжелых заболеваний и травм пациента можно и нужно переводить в стационарное отделение реабилитации.
- Реабилитации подлежат все взрослые пациенты и дети, у которых последствия заболевания или травмы, за счет нарушения функции органа или системы органов, привели к ограничениям жизнедеятельности:
 - способности к самообслуживанию;
 - способности к самостоятельному передвижению;
 - способности к ориентации;
 - способности к общению;
 - способности контролировать свое поведение;
 - способности к обучению;
 - способности к ведущей возрастной деятельности (определяется только у детей).

Спасибо за внимание!

*Знание эксперта, как бы
ни было оно необходимо,
не заменит великодушного
и понимающего взгляда
на человеческую ситуацию –
во всей ее печали, со всей
ее неутолимой надеждой.*

*Уинстон Леонард
Спенсер Черчилль*



Геннадий Михайлович Добров (Гладунов)
Отдых в пути, 1975
картон, карандаш