

**Организационные основы деятельности службы медико-социальной экспертизы
при освидетельствовании больных бронхиальной астмой.**

Н.О.Григорьева

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
имени И.И.Мечникова, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения.*

Одним из приоритетных направлений социальной политики государства является уменьшение неравенства в вопросах жизнеобеспечения тех групп населения, которые находятся в наименее благоприятном социальном положении, а именно инвалидов [7, 20].

По оценкам экспертов Организации Объединенных Наций инвалиды составляют более 10% от общей численности населения планеты, и число их продолжает неуклонно расти.

Инвалиды должны получать всестороннюю защиту и поддержку, в которой они нуждаются, в рамках государственных систем социальной защиты, здравоохранения и образования во всех странах мира, в том числе и в России.

Поэтому в соответствии со статьей 4 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» были организованы подведомственные Росздраву федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы [14-16].

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ).

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

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утвержденных в порядке, определяемом Федеральными Законами и Постановлениями Правительства РФ.

МСЭ осуществляется Государственной службой МСЭ, входящей в систему органов социальной защиты населения РФ [8]. Порядок организации и деятельности Государственной службы МСЭ определяется Правительством РФ.

Медицинские услуги при оформлении граждан для освидетельствования в учреждениях МСЭ, реабилитационные мероприятия включаются в федеральную базовую программу обязательного медицинского страхования граждан РФ и финансируются из федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Основными задачами Государственной службы МСЭ являются:

- 1). Определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты.
- 2). Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов.
- 3). Изучение уровня и причин инвалидности.
- 4). Участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов.
- 5). Определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание.
- 6). Определение причин смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Решение органа Государственной службы МСЭ является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Существуют три вида учреждений, проводящих МСЭ:

1. Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (ФБМСЭ);
2. Главное бюро медико-социальной экспертизы (ГБМСЭ);
3. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в городах и районах, являющиеся филиалами главного бюро.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего, специализированного или смешанного профиля.

В РФ Государственная служба МСЭ представлена 1961 БМСЭ, из них ежедневно действуют 1531 БМСЭ (90,6%) [7].

В своей деятельности МСЭ руководствуются Федеральными Законами:

- Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» №181-ФЗ, 1995г, с изменениями и дополнениями, внесенными Федеральными Законами №132-ФЗ от 23.10.03г. и №122-ФЗ от 22.08.2004г;
- Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. №122-ФЗ;
- Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.1995г. №195-ФЗ;

Указами Президента РФ:

- Указ Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 02.10.1992г. «1158»;
- Указ Президента РФ «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов» от 25.03.1993г. №393;
- Указ Президента РФ «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов» от 01.07.1996г. №1011 (с изменениями и дополнениями от 27.04.2000г.);
- Указ Президента РФ «Об организации подготовки государственных минимальных социальных стандартов для определения финансовых нормативов формирования бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов» от 23.05.1996г. №769;

Постановлениями и распоряжениями Правительства РФ:

- Постановление Правительства РФ «О государственной службе медико-социальной экспертизы» от 03.04.1996г. №392;
- Постановление Правительства РФ «О порядке и условиях признания лица инвалидом» от 20.02.2006г. №95;

Законами субъектов РФ и иными нормативными правовыми актами.

БМСЭ и ГБМСЭ функционируют на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения.

В штатный норматив БМСЭ общего профиля входят специалисты, принимающие экспертное решение (3 врача различных специальностей), специалист по реабилитации, специалист по социальной работе [3,4] и психолог. Так же штатным расписанием предусматриваются должности старшей медсестры, медицинского регистратора и шофера.

В штатный норматив ГБМСЭ входят несколько составов специалистов, принимающих экспертное решение, группы специалистов по функциональной диагностики, профориентации и организации труда инвалидов, а также специалисты

служб юридического консультирования и информационно-статистического обеспечения. В состав специалистов, принимающих экспертное решение, входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации различного профиля, специалисты по социальной работе и психологи.

В случае необходимости при ГБМСЭ может быть создано стационарное отделение экспертизы трудоспособности, задачей которого является уточнение диагноза и изучение функций организма [11].

В штатный норматив БМСЭ специального пульмонологического профиля входят три терапевта, специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог, а также старшая медсестра, медицинский регистратор и шофер.

Больные бронхиальной астмой, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности, трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите направляются МСЭ:

- 1) при наличии противопоказаний в условиях и характере труда и невозможности трудового устройства в доступной профессии без снижения квалификации или существенного уменьшения объема производственной деятельности;
- 2) при очевидном неблагоприятном клиническом прогнозе вне зависимости от срока временной нетрудоспособности (ВН), но не более 4 месяцев;
- 3) при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся НТ до 10 месяцев для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности.

Право направлять граждан на МСЭ имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм ответственности с утверждением направления на МСЭ (ф. №88) клинико-экспертной комиссией (справка КЭК) учреждения, а также органы, осуществляющие пенсионное обеспечение или органы социальной защиты населения.

Перечень документов, необходимых предоставить в МСЭК для прохождения освидетельствования на получение группы инвалидности:

- форма №88;
- справка КЭК;
- амбулаторная карта из поликлиники;
- справка с места работы (если больной работающий);
- паспорт;
- акт о несчастном случае; направление на % утраты трудоспособности (при трудовом увечье на работе);

- военный билет; военно-медицинские документы (при решении вопроса о причине инвалидности по военному контингенту);
- справка МСЭ (при переосвидетельствовании).

МСЭ лица проводится по его письменному заявлению или письменному заявлению его законного представителя. Заявление подается на имя руководителя бюро МСЭ (БМСЭ). К заявлению прилагается направление учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушения его здоровья.

При направлении в БМСЭ больной БА должен пройти необходимый объем обследования:

1. клинический анализ крови и мочи;
2. биохимическое исследование крови – содержание сиаловых кислот, С-реактивного белка, общего белка и фракций, сахара, электролитов;
3. общий анализ мокроты (при неиммунологической БА – посев на флору и чувствительность к антибиотикам);
4. кислотно-основное состояние и газы крови;
5. ЭКГ;
6. рентгенография грудной клетки;
7. спирография (при необходимости проведение проб с холинолитиками, агонистами в-2 адренорецепторов);
8. пикфлоуметрия;
9. реография легочной артерии или доплерэхокардиография (для выявления легочной гипертензии).

Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся в зависимости от показаний.

Специалисты БМСЭ, проводящие МСЭ, оценивают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и др.), проводят личный осмотр гражданина, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

В тех случаях, когда состав специалистов БМСЭ не может принять экспертное решение, акт освидетельствования лица направляется в трехдневный срок в ГБМСЭ, которое принимает решение по рассматриваемому вопросу в установленном порядке.

Базовой позицией при вынесении экспертного решения является клинико-функциональный диагноз, который устанавливается лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ). Специалисты БМСЭ определяют достаточность обследования пациента в ЛПУ. Решение выносится после определения степени выраженности функциональных нарушений и степени психологической дезадаптации.

Основа функционального диагноза пульмонологического больного является проба с физической нагрузкой.

Экспертами ВОЗ определены показания для проведения пробы с физической нагрузкой:

1. диагностика;
2. оценка функционального класса состояния больных;
3. установление риска возникновения проявлений болезни и инвалидизации (прогноз);
4. обоснование реабилитационных программ;
5. оценка эффективности консервативного и хирургического лечения.

Вторым составляющим функционального диагноза является психологический диагноз, где определяется:

1. степень и характер психологических нарушений;
2. факторы риска (принадлежность к определенному психологическому типу);
3. клинический и реабилитационный прогноз (психологическая составляющая).

Вторым этапом диагностических мероприятий является реабилитационная диагностика в интересах составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР), где ведущее место занимает реабилитационный прогноз, на основании которого определяется цель реабилитации, последняя становится основой для определения индивидуальной эффективности реабилитации.

У больных БА критериями определения группы инвалидности являются форма и тяжесть заболевания, степень дыхательной недостаточности, степень нарушения кровообращения, эффективность лечения, тяжесть сопутствующих заболеваний; образование, профессия, квалификация, а также характер работы и условия труда [1, 2, 6, 9, 10, 12, 13, 17, 19].

Оценку состояния пациента при освидетельствовании в БМСЭ необходимо проводить в период ремиссии заболевания.

Инвалидность III группы устанавливается больным БА легкого и средней тяжести течения, в том числе гормонозависимой, с дыхательной недостаточностью (ДН) I и I-II степени с ограничением способности к трудовой деятельности, самообслуживанию, передвижению – I степени, работающим в противопоказанных видах и условиях труда

и нуждающимся в рациональном трудоустройстве (снижение квалификации или уменьшение объема производственной деятельности).

Инвалидность II группы устанавливается больным БА средней тяжести и тяжелого течения со стойкими выраженными нарушениями функции дыхания и кровообращения (ДН II-III степени и сердечной недостаточности (СН) IIА степени), а также нарушениями функций эндокринной системы (сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность), обусловленных стероидной терапией, с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, обучению II степени. В ряде случаев больные могут работать в специально созданных условиях, в частности – на дому, с учетом профессиональных навыков.

Инвалидность I группы устанавливают при тяжелом прогрессирующем течении БА, рефрактерности к лечению, развитии ДН III степени, СН IIБ-III степени, других необратимых осложнений, с ограничением способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности III степени [18, 19].

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

В случае отсутствия документов о профессиональном заболевании, трудовом увечье, инвалидности с детства, военной травме и других обстоятельствах, предусмотренных законодательством РФ, БМСЭ устанавливает, что причиной инвалидности является общее заболевание [5].

Причиной инвалидности при БА может быть общее заболевание, профессиональное заболевание, инвалидность с детства (при наличии анамнеза и соответствующей медицинской документации) [4].

Данные МСЭ лица и решение специалистов, проводивших МСЭ, заносятся в протокол заседания и акт освидетельствования лица, которые подписываются руководителем БМСЭ, специалистами, принимавшими решение, и заверяются печатью БМСЭ.

В случае признания лица инвалидом разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР). БМСЭ оформляет три экземпляра ИПР: один экземпляр ИПР остается в делах БМСЭ; второй выдается на руки инвалиду; третий – направляется, для контроля за реализацией ИПР, в отдел социальной защиты населения по месту жительства инвалида. Выданные на руки инвалидам ИПР в БМСЭ регистрируются в журнале учета индивидуальной программы реабилитации. Оставшийся в БМСЭ экземпляр ИПР подшивается к акту освидетельствования, составляя вместе с ним единое экспертное дело, которое хранится в алфавитном порядке в архиве БМСЭ.

Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, в трехдневный срок со дня установления инвалидности.

Лицу, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации. В случае не признания лица инвалидом также выдается справка о решении МСЭК.

Литература.

1. Авербах Ф.А., Бурейко В.М. Справочник по врачебно-трудовой экспертизе. – М.: Мед, 1972. – С.106-109.
2. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. – М.: Мед, 1988 – 367с.
3. Дементьева Н.Ф., Захарова Л.Н. Сфера деятельности специалиста по социальной работе в специализированном бюро медико-социальной экспертизы / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. - №1. – С.2-4.
4. Дементьева Н.Ф., Пузин С.Н., Кулаков А.В. Организация социальной работы в бюро медико-социальной экспертизы / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - №2. – С.27-29.
5. Дубинина И.А., Смирнова Н.С., Коробова М.В. Социальные причины инвалидности. Учебно-методическое пособие. – СПб, 2000. – 91с.
6. Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность. – М.: Мед, 1989. – 511с.
7. Пузин С.Н. Состояние инвалидности и службы медико-социальной экспертизы в Российской Федерации // Восьмой Российский Национальный конгресс «Человек и его Здоровье». – 24-28 ноября 2003, - С-Петербург. – С.309-310.
8. Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Андреева О.С. Состояние и перспективы развития государственной службы медико-социальной реабилитации / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. - №3. – С.3-5.
9. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. – М.: Мед, 1991. – 686с.
10. Маккавейский П.А. Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов. – Ленинград: Мед, 1981. – С.216-218.
11. Осадчих А.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов.- М.: ТЕИС, 1997. – 185с.
12. Палеев Н.П. Болезни органов дыхания. Руководство для врачей. – М.: Мед, 1990. – Том 1 - 638с.

13. Петров М.Н. Медико-социальная экспертиза при внутренних болезнях. – СПб.:КЭМ, 1995. – 286с.
14. Свистунова Е.Г. / Направления развития региональной правовой базы в сфере медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. - №1. – С.3-7.
15. Свистунова Е.Г. Региональная нормативная правовая база в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов: факторы, влияющие на ее формирование / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. - №1. – С.20-23.
16. Свистунова Е.Г. Медико-социальная реабилитация инвалидов: организационно-правовые основы в субъектах Российской Федерации / Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. - №2. – С.54-56.
17. Шабров А.В., Шварцман З.Д. Врачебно-трудовая экспертиза при внутренних болезнях. Учебно-методическое пособие. – СПб, 1992.
18. Шварцман З.Д., Шостик Г.Д. Медико-социальная экспертиза при внутренних болезнях и туберкулезе органов дыхания. СПб, 2004. – С.91-95.
19. Шварцман З.Д., Шостки Г.Д. Медико-социальная экспертиза при внутренних болезнях. Учебно-методическое пособие. – СПб: РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. - 215с.
20. Чучалин А.Г., Лещенко И.В., Смоленов И.В. Клинические рекомендации: бронхиальная астма у взрослых, атопический дерматит. – М.: Атмосфера, 2002. – 253с.