

История МСЭ в РФ

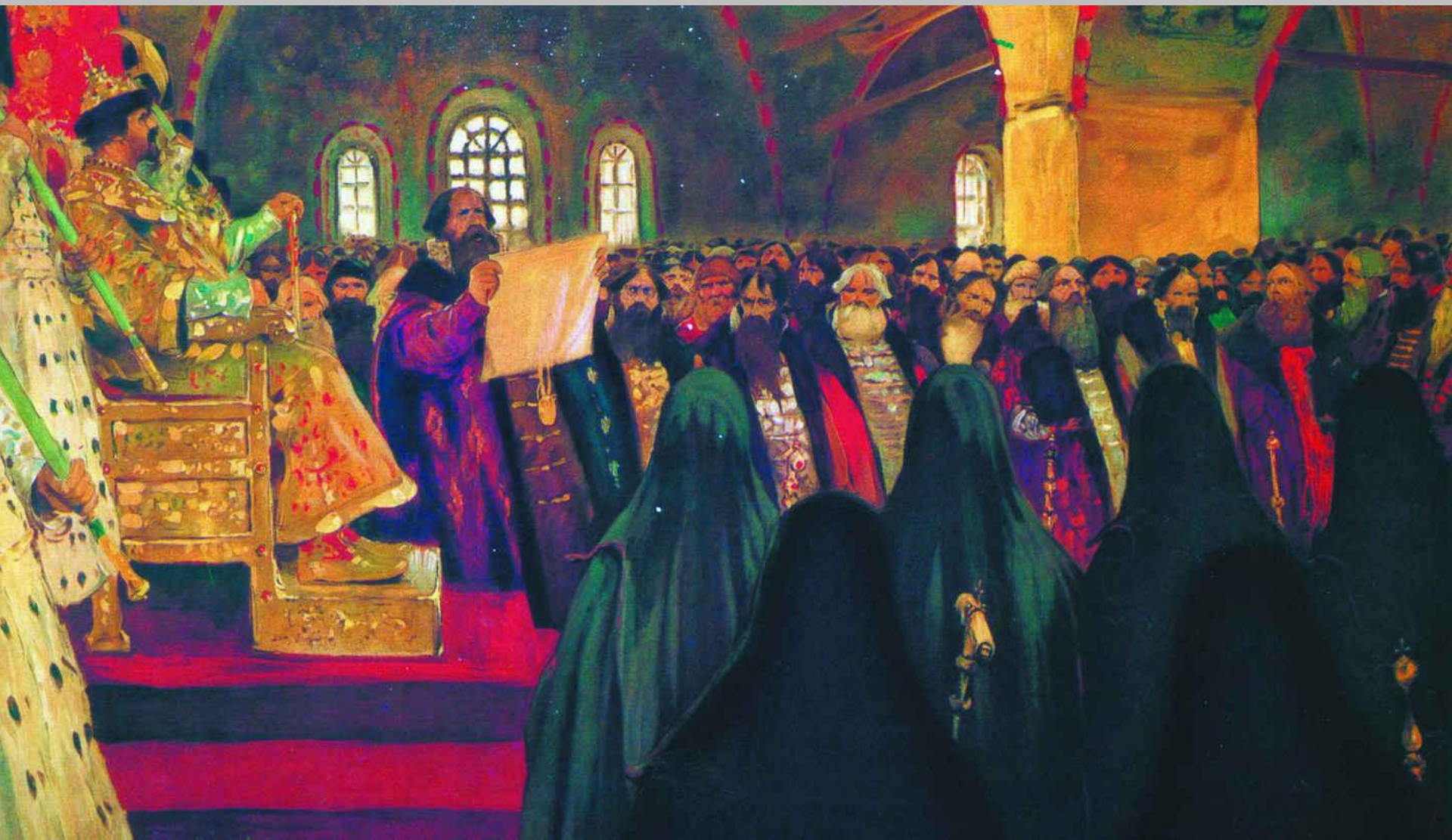
Работа Калинина А. А.

Первый этап – экспертиза трудоспособности граждан в России до 1918 года

В XI – XIII в.в. основной задачей попечения сирых и убогих было «питание», но эта форма поддержки в виде подаяния или милостыни носила временный и непостоянный характер, хотя по предположениям была адресной. Основы медицинской помощи и просветительской деятельности заложены церковью, которой делались первые шаги по открытию больниц и богаделен для больных и увеченных людей.



Истоки общественного призрения (организованной формы благотворительности или социального обеспечения) в России восходят еще к правлению царя Ивана IV Грозного (Стоглавый собор в 1551 г.), который обратился с увещанием в каждом «граде устроить богадельни мужские и женские».



Царь Всея Руси Федор III Алексеевич Романов (годы царствования с 1645 по 1676) своим указом предписывал, отделив в Москве «увечных людей от притворных нищих, первых поместить в двух отделениях, а здоровым лентяям дать работу». Все эти учреждения содержались на средства частных лиц или пожертвования. Суровые меры против « ленивых прошаков» принимал царь Петр I (годы царствования с 1682 по 1721), запрещая им подаяния, приказывая бить их батогами, выдворять их на место жительства, а возвращающихся к своему промыслу ссылать на каторгу. Однако требовал повсеместного устройства «гошпиталей» - приютов для призреваемых, заботился о помещении инвалидов в монастыри, приказывал строить по городам на церковных дворах приюты для беспризорных детей.

Федор



Романовы

Алексеевич (1676-1682)

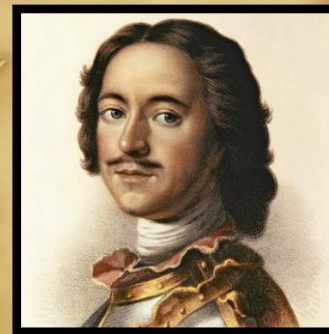
Наследовал престол в 14 лет.
Один из
наиболее образованных русских царей.
Знал много языков,
разбирался в живописи,
в церковной музыке, сочинял стихи.

К царствованию его готовили
с 3 лет.

С детства был слабым и болезненным,
правил страной всего 6 лет.

При нем была проведена перепись
населения, отменено телесное
наказание – стали отправлять в ссылку.
Наследников не оставил, после него
Правление продолжили его братья.

Петр I



Петр I Алексеевич
(1689-1725)

Романовы

“Великий”



Первый российский
император, выдающийся
государственный деятель,
дипломат, полководец и
реформатор.

Особую роль в развитии учреждений общественного призрения сыграла Екатерина II. В период ее правления (с 1762 по 1796 г.г.) допускалась денежная помощь нуждающимся (тем «кои не могут приобретать работою свое пропитание») в виде раздачи городским маклером в определенные сроки кружечного сбора. Екатериной II впервые в истории России законодательным путем была отменена система призрения при монастырях и установлена система общественного призрения для всех гражданских сословий. Организация и содержание учреждений системы общественного призрения (народные школы, сиротские дома, больницы, аптеки, работные дома, богадельни, дома для умалишенных и неизлечимо больных и др.) финансировались из государственной казны. Однако было оставлено в действии монастырское призрение воинских чинов. По Указу от 1762 г. надлежало лиц, «собственного пропитания не имеющих, а от военной и штатской службы отставленных по бо...

ль».

Екатерина II



Екатерина “Великая”
(1762-1796)

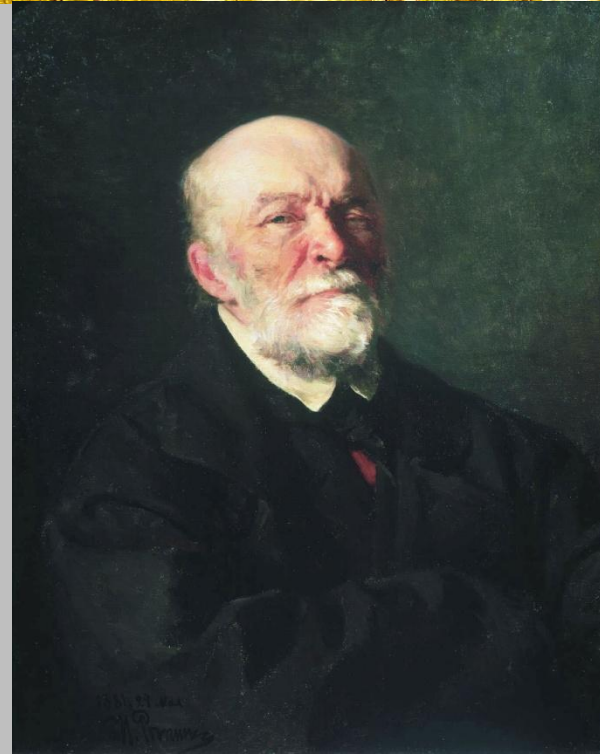
София Августа Фредерика, герцогиня Анхальт-Цербская. В ходе ее правления были проведены:

- Губернская реформа
- Судебная реформа
- Секуляризационная реформа
- Реформа Сената
- Городская реформа
- Полицейская реформа
- Реформа образования
- Денежная реформа

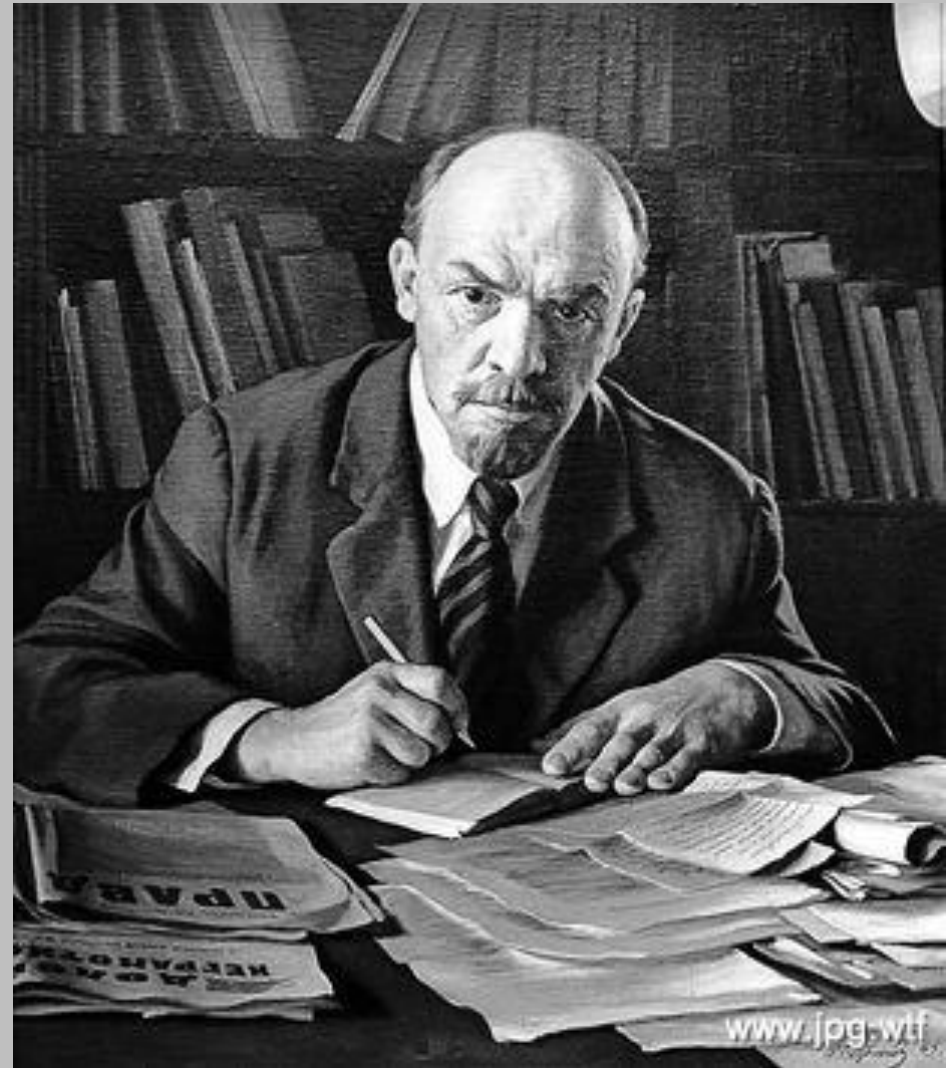
В XVII – XVIII в.в. впервые входит в употребление понятие «реабилитация» (от латинского «делать вновь способным»), что по отношению к тому времени означало «вновь приобретенное грешниками право на ношение одежды». Такое наказание провинившихся практически лишало их статуса члена общества. Позднее термин стал использоваться юристами и понимался как «восстановление доброго имени, прав и достоинств человека» или «снятие обвинений и полное восстановление в правах, потерянных в результате судебного приговора». Применительно к медицине первым термин «реабилитация» использовал Риттер фон Буссе (1842 г.), который в своем трактате «Система призрения бедных» писал: «Лечащийся больной должен быть полностью реабилитирован. Пусть он поднимется к тому месту, с которого его сбросила болезнь, пусть он снова приобретет чувство личного достоинства и ним



Первые сведения о применении понятия экспертизы трудоспособности населения в России относятся к 1835 г., когда было организовано «Русское страховое общество». Регулярные военные действия в те годы выдвинули проблему оказания помощи «раненым и увечным» в форме назначения им денежного и «кормового» довольствия. Для этого была разработана классификация последствий ранений по степени их тяжести. Отечественный хирург Николай Иванович Пирогов в 1858 г. предложил трехразрядную оценку инвалидности для раненых в зависимости от способности выполнять трудовую деятельность. К инвалидам первого разряда относились лица с последствиями ранений и увечьями, не способные выполнять какой-либо род службы или занятия. Лица, которые не могли выполнить всякие занятия, относились к инвалидам второго разряда. Пострадавшие, неспособные выполнять любой труд и нуждающиеся в посторонней



В 1905 г. Васильевым П.В. была разработана четырехгрупповая классификация инвалидности, которую стали использовать не только для «раненых и увеченных», но и для больных людей. Первая группа инвалидности устанавливалась лицам с полной потерей трудоспособности; вторая – лицам со значительно ограниченной трудоспособностью; третья – лицам с ограничениями трудоспособности средней степени; четвертая – лицам с ограничением трудоспособности слабой степени. Пенсии, сумма которых зависела от тяжести инвалидности, выплачивались работающим из специального фонда предприятия, который формировался за счет взносов самих работающих. Программа социального страхования трудящихся была разработана В.И. Лениным еще в 1903 г., но только в 1912 г. был принят закон о страховании рабочих на случай болезни и увечья. До Октябрьской революции 1917 г. врачебная экспертиза трудоспособности была



В 1908-1910 г.г. в ряде городов России организуются первые специальные медицинские экспертные учреждения – консультационные бюро врачей. В основе оценки трудоспособности с 1910 г. лежала процентная шкала, заимствованная из практики врачебно – экспертных служб западных стран. Степень утраты трудоспособности определялась в процентах: полная утрата трудоспособности – 100%, сильнопониженная – от 70 до 100%, среднепониженная - от 40 до 70% и слабопониженная – от 5 до 40 %, причем измерения при таком подходе основывались на «приблизительном сопоставлении различных дефектов». Экспертиза проводилась без учета степени нарушений функций организма, социальных и профессиональных факторов и не позволяла полностью оценить возможности инвалидов к труду, а также определить пути восстановления их трудоспособности и дальше в начале XX века не было.



Второй этап – становление врачебно-трудовой экспертизы (1918 – 1929)

На этом этапе вопросы формирования врачебно-трудовой экспертизы решаются в рамках формирующейся системы государственного социального обеспечения трудящихся.

Детищем Октябрьской революции исторически является врачебно – трудовая экспертиза. В первый год после революции проведение экспертизы трудоспособности было возложено на врачебно – контрольные комиссии (ВВК), созданные при больницах, подчиненных медико – санитарным отделам, а после введения декрета « О страховании на случай болезни» в декабре 1917 г. при **страховых кассах.**

Важной вехой является учрежденное Советом Народных Комиссаров РСФСР (СНК РСФСР) 31 октября 1918 года «Положение о социальном обеспечении граждан», в котором значительное место отводится мерам по возвращению инвалидов к труду путем восстановления их трудоспособности, профессионального обучения и трудового устройства, также



В 1918 г. издан Декрет Совнаркома РСФСР об организации Народного комиссариата социального обеспечения. Гарантированные в 1918 г. декретом Совнаркома РСФСР «Положение о социальном обеспечении трудящихся» права на социальную помощь диктовали необходимость юридического и медицинского заключения об утрате трудоспособности, для чего и были созданы **бюро врачебной экспертизы (БВЭ) при страховых кассах**. В их состав входили три врача - специалиста, представители профсоюзной организации и страховой кассы. БВЭ было дано право удостоверить медицинским освидетельствованием факт временной или стойкой нетрудоспособности, что было записано в первом « Кодексе законов о труде» (1918.). **Использовалась новая процентно – групповая система определения инвалидности (пятигрупповая классификация инвалидности)**, которая предусматривала не только определение процентов утраты трудоспособности, но и установление возможности инвалида выполнять труд различной степени трудности и тяжести. В частности, третья группа инвалидности устанавливалась лицам, способным выполнять лишь самые легкие работы (утрата трудоспособности 45 - 60 %), четвертая группа определялась при утрате трудоспособности 30 – 45%). Значительное внимание уделялось мерам по восстановлению трудоспособности и возвращению инвалидов к труду путем профессионального обучения и трудоустройства. Руководство деятельностью БВЭ было возложено на отдел социального обеспечения и охраны труда РСФСР, а на местах – на соответствующие подотделы социального обеспечения и охраны труда при местных советах.



С 1920-1921 гг. действовала шести групповая классификация инвалидности, созданная Н.А. Вигдорчиком. **Николай Абрамович Вигдорчик (1874 –1954 г.г., врач, писатель по вопросам социального страхования и профессиональной гигиены)**, по поручению Народного комиссара социального обеспечения РСФСР Н.А.Милютина в 1921 г. разработал классификацию стойкой нетрудоспособности или так называемую «рациональную классификацию инвалидности», включавшую 6 групп инвалидности. В этой классификации впервые болезнь связывалась с социальными факторами, решался вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности, нуждаемости в переводе на другую работу либо полном освобождении от нее. С введением данной классификации во врачебно – трудовой экспертизе начал утверждаться принцип оценки тяжести степени нарушений функций и их сопоставления с требованиями профессиональной деятельности. Эта классификация с небольшими изменениями на 5 – групповую использовалась в России до 1932 г. Используя эту классификацию инвалидности, врачебные комиссии наряду с установлением точного диагноза, оценивали условия труда и давали заключение о трудоспособности.



Третий этап (1930 - 1940) - развитие врачебно-трудовой экспертизы

Постановление ЦК ВКП(б) от 28 сентября 1929 года послужило мощным стимулом к совершенствованию работы по врачебно-трудовой экспертизе в начале 30-х годов. Был пересмотрен состав врачей-экспертов, проведена проверка и изучен состав инвалидов, принято решение о создании научно-исследовательских институтов.

В 1929 г. в постановлении ЦК ВКП (б) «О Социальном страховании» намечены пути совершенствования врачебно – трудовой экспертизы и развития научно – методической работы в этой области. В соответствии с этим в стране начали создаваться специальные научно – исследовательские учреждения для комплексного решения проблем врачебно – трудовой экспертизы и трудоустройства инвалидов.



В 1937 г. после сосредоточения вопросов экспертизы трудоспособности, трудоустройства инвалидов и пенсионирования в Народном Комиссариате социального обеспечения на базе двух московских институтов был создан Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (**ЦИЭТИН**). **В 1931 г. БВЭ реорганизованы во врачебно – трудовые экспертные комиссии (ВТЭК)**, на которые были возложены функции консультационного бюро по определению наряду с группой инвалидности характера работы, которая доступна инвалиду в виде оформления трудовых рекомендаций. Было утверждено **первое «Положение о ВТЭК»**, в котором определялось профилактическое направление их деятельности, необходимость тесной связи с органами здравоохранения, социального обеспечения и профессионального трудоустройства.

Важным событием данного периода явилось введение 29 февраля 1932 г. **Союзным Советом социального страхования** трех четко регламентировавшей критерии для у показаний к работе в своей или другой про



В 1933 году БВЭ были реорганизованы во
врачебно-трудовые экспертные
комиссии (ВТЭК). Общее число ВТЭК в
1940 году составило 1211.

В том же 1933 г. врачебно – трудовые
экспертные комиссии переданы в
ведение Всесоюзного Центрального
Совета профсоюзов (ВЦСПС), в 1937 г.
сначала в Наркомат социального
обеспечения РСФСР, а далее в
Министерство социального
обеспечения РСФСР, в ведении
которого находится до 1991 г.



Четвертый этап (1941 – 1955) – врачебно-трудовая экспертиза в военные и первые послевоенные годы

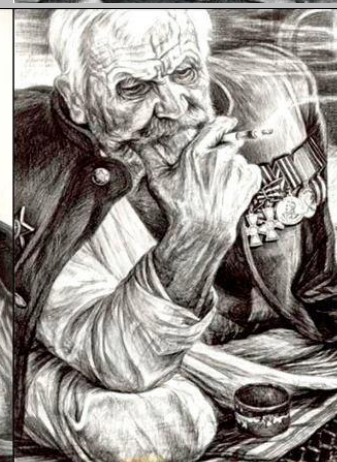
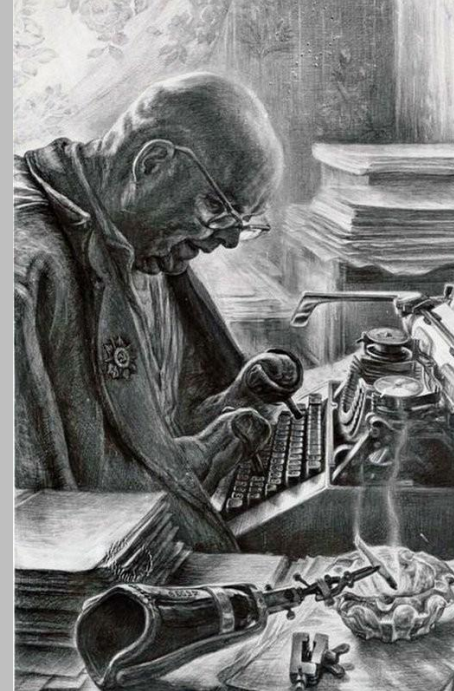
В период Великой Отечественной войны контингент инвалидов значительно изменился за счет роста лиц с последствиями огнестрельных, минно-взрывных ранений, поражением опорно-двигательного аппарата. Создавались госпитальные ВТЭК, которые сыграли большую роль в своевременном и квалифицированном обслуживании военных контингентов, увольняемых из армии по болезни или ранению.

Во время Великой Отечественной войны резко возросли объемы экспертной деятельности ВТЭК, к 1944 г. функционирует 2776 комиссий, причем вновь создаваемые работают преимущественно при военных госпиталях (госпитальные ВТЭК), а также при поликлиниках крупных предприятий и узловых станциях железных дорог.

В 1942 году Совнарком СССР утвердил новое «Положение о ВТЭК», в котором предусматривалась организация ВТЭК на базе лечебных учреждений. В соответствии с новым Положением о ВТЭК, утвержденным Совнаркомом СССР 05.12.1942 г., работа на базе лечебно-профилактических учреждений и оборудованных



В действующей на тот период классификации 1932 г. не предусматривались трудовые рекомендации для инвалидов I и II групп, что затрудняло их приобщение к труду. В связи с этим в 1943 г. Народным комиссариатом социального обеспечения РСФСР было издано инструктивное письмо, в соответствии с которым ВТЭК было дано **право устанавливать III группу инвалидности лицам с «выраженным анатомическим дефектом», сохранившим трудоспособность в своей профессии.** В это же время вводится институт врачей – старших инспекторов по ВТЭ при областных, краевых отделах соцобеспечения и министерствах соцобеспечения автономных республик.



Подход к организации трудотерапии и трудоустройства инвалидов войны в России предвосхитил сформированные позже в США и Англии принципы медико – социальной реабилитации инвалидов.

В послевоенные годы в России продолжается совершенствование методов реабилитации инвалидов и нормативных документов по установлению инвалидности. В 40-60-е годы появилось **новое направление – медицинская реабилитация**, в основе которой лежала специализированная помощь пострадавшим с ампутационными культями конечностей, тяжелыми повреждениями черепа, головного и спинного мозга, позвоночника.

В 1945 году на базе ЦИЭТИНа была создана первая в стране кафедра лечебно-трудовой экспертизы. За многолетний период своего существования ЦИЭТИНом руководили такие известные ученые, как Грицкевич Дмитрий Иванович (1958 – 1971 гг.), Белов Виктор Петрович (1971 – 1977 гг.), Удинцов Евгений Иванович (1977 – 1987 гг.), Демидов Николай Александрович (1987 – 1989 гг.), Лаврова Людмила Ивановна (1989 –



Д.И. Грицкевич



В.П. Белов



Е.И. Удинцов



Д.И. Лаврова

Накопленный опыт в довоенный период и, особенно, во время Великой Отечественной войны, по существу, predetermined основные идеи, заложенные в современной концепции профессиональной реабилитации инвалидов. Утверждена **«Инструкция по назначению велоколясок инвалидам»** от 31.08 1948 г. №544. За эти годы в стране была создана широкая сеть специализированных средних, высших учебных заведений и санаторно-курортных учреждений для лечения, реабилитации и обучения инвалидов.



Пятый этап (1956 - 1994) – совершенствование врачебно-трудовой экспертизы

На этом длительном этапе создавалась и совершенствовалась система врачебно-трудовой экспертизы.

В 1956 году создана Инструкция по определению групп инвалидности (утв. Минздравом СССР и ВЦСПС 1, 2 августа 1956 г.). Инструкция сохранила трех групповую классификацию инвалидности, утвержден «перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно». Фактически инструкция использовалась учреждениями ВТЭК вплоть до 1997г. В инструкции скорректированы критерии для установления групп инвалидности, предусмотрены трудовые рекомендации инвалидам I и II групп, введено понятие «выраженный анатомический дефект», установлены более рациональные сроки переосвидетельствования инвалидов, **утвержден «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно».** Новая инструкция предусматривала возможность продолжения работы при отсутствии медицинских противопоказаний по рекомендации ВТЭК инвалидам всех групп в разных условиях труда.

В НАШЕЙ СТРАНЕ
862 ТЫСЯЧИ
ВРАЧЕЙ—
ЭТО ОДНА ТРЕТЬ
ВСЕХ ВРАЧЕЙ МИРА

Инвалиды 3 группы могли работать в обычных производственных условиях, а инвалиды 1 и 2 групп – в специально созданных производственных условиях или на дому. Разграничение условий труда на обычные и специально созданные способствовало совершенствованию форм организации труда инвалидов, определило дифференцированный подход трудоустройства инвалидов в зависимости от степени снижения трудоспособности. Министерством социального обеспечения РСФСР утверждено «Положение о старшем инспекторе по врачебно-трудовой экспертизе отделов социального обеспечения» от 02.10.1954 г. Врачебно-трудовые экспертные комиссии проводили свою работу в лечебных учреждениях и находились в ведении органов социального обеспечения. В состав комиссии входили три врача-эксперта по основным специальностям, представитель отдела социального обеспечения



Повышению качества экспертизы стойкой нетрудоспособности способствовали **организация с 1955 г. стационарной экспертизы, специализированных ВТЭК (туберкулезных и психиатрических), создание высших ВТЭК (республиканских, краевых, областных)**. На них возлагалось методическое руководство, контролирующие функции, консультативная деятельность. В последующие годы сеть специализированных ВТЭК расширилась за счет создания офтальмологических, онкологических, кардиоревматологических, травматологических комиссий.

В 1956 г. Советом Министров РСФСР было утверждено новое «Положение о ВТЭК» и четко сформулированы ее функции. Переиздана «Инструкция по определению групп инвалидности», согласно которой предусматривалась возможность продолжения работы при отсутствии противопоказаний по рекомендации ВТЭК инвалидам всех трех групп инвалидности, но при разных условиях труда. Инвалиды 3 группы могли работать в обычных производственных условиях, а инвалиды 1 и 2 группы в специально созданных условиях и на дому. **Утвержден новый «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока**

переосвидетельствования
медицинских
управлением

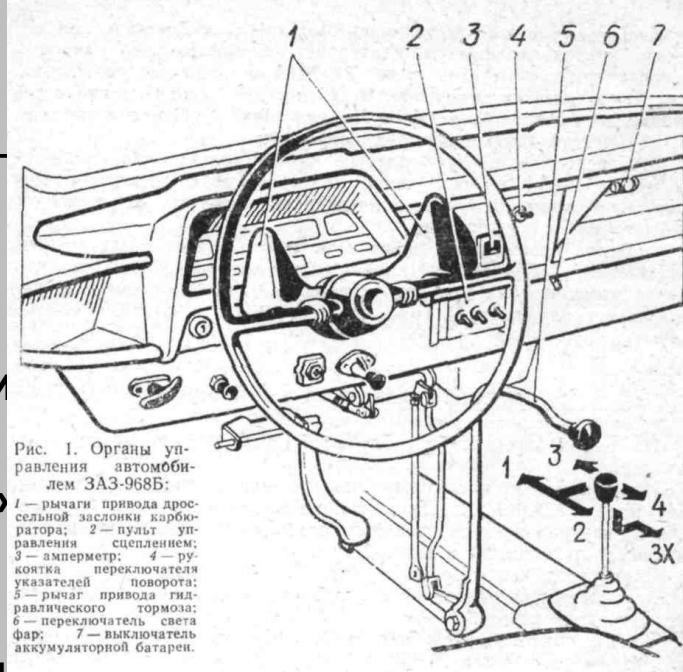


ю
ИНЫМ

В 1963 г. после принятия постановления Совета Министров РСФСР и ВЦСПС «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно – трудовой экспертизы» было утверждено **новое «Положение о ВТЭК» от 11.03.1963 г. №299**. В Положении наряду с определением степени стойкой утраты трудоспособности и установлением группы и причины инвалидности на ВТЭК возлагалось определение для инвалидов условий и видов труда, доступных им по состоянию здоровья, содействие восстановлению трудоспособности инвалидов (восстановительное лечение, протезирование, профессиональное обучение), изучение условий труда инвалидов непосредственно на предприятиях. В этот же период в целях повышения качества ВТЭ особое внимание было обращено на организацию выездных заседаний ВТЭК, создание специализированных комиссий, а также общественно



В 1967 г. ЦИЭТИН утвержден головной научно – исследовательской организацией в стране по проблеме врачебно – трудовой экспертизы и социальн – трудовой реабилитации инвалидов. Министерством здравоохранения СССР и Госпланом СССР 01.07.1969 г. утвержден «Перечень медицинских показаний на получение инвалидами Отечественной войны и другими инвалидами из числа военнослужащих автомобилей «Запорожец» с ручным управлением». В 1970 г. издан «Список профессиональных заболеваний», Министерством здравоохранения СССР и Госпланом СССР утвержден новый «Перечень медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок с ручным управлением» от 11.08.1970 г., а в апреле 1975 г. внесены изменения в «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно». Это позволило освободить от переосвидетельствования многих инвалидов Отечественной войны. Впоследствии Приказом Министерства социального обеспечения РСФСР от 28.07.1982 г. №72 введены «Методические указания по применению перечней медицинских показаний на получение инвалидами мотоколясок и автомобилей «Запорожец» с ручным управлением», применяемые до настоящего времени.



В 1987 г. создано Всероссийское общество инвалидов (ВОИ), но без соответствующей финансовой поддержки государства и, не имея собственной производственной базы, оно не заняло должного места в системе профессиональной реабилитации инвалидов.

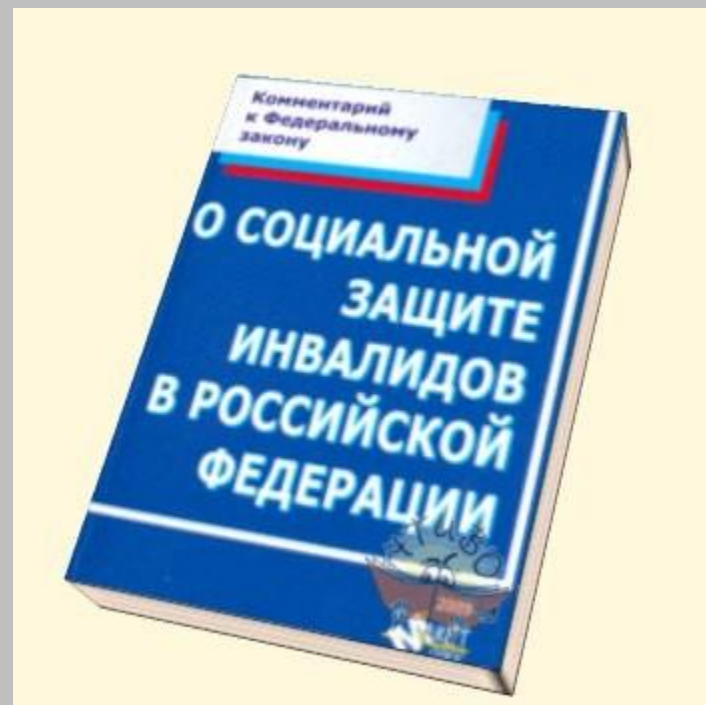
Еще в 1975 г. Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) предложена **«Международная классификация нарушений, ограничений трудоспособности и социальной недостаточности»**, которая впервые рассматривала ограничения трудоспособности человека в контексте ограничения способности не только к трудовой деятельности, но и к самообслуживанию, передвижению обучению и др. категориях жизнедеятельности. Эта классификация и принятая ВОЗ в 1989 г. «Международная номенклатура нарушений, ограничений и социальной недостаточности» послужили



Шестой этап (с 1995г. – по настоящее время) – формирование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации в современной России

В развитие новых подходов в 1995 году была разработана современная концепция инвалидности, которая легла в основу Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. №181-ФЗ, и законодательно закреплён социальный институт «медико-социальной экспертизы».

Введение Федерального закона от 24.11.1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», действующего и по наши дни, определило государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами РФ.



В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ», было определено новое понятие «инвалид», основания для определения инвалидности в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, понятие «реабилитация инвалидов» и «индивидуальная программа реабилитации инвалидов», а также возложены функции признания граждан инвалидами на федеральные учреждения медико – социальной экспертизы. В новой трактовке «инвалид» - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.



В целях реализации Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" было принято Постановление Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. №392 "О государственной службе медико-социальной экспертизы". В соответствии с которым в субъектах Российской Федерации начался процесс по созданию на базе врачебно-трудовых экспертиз учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы. Постановлением Правительства РФ от 13.09.1996г. №965 «О порядке признания граждан инвалидами» было утверждено Положение о признании лица инвалидом и Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы а несколько позже **«Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико – социальной экспертизы граждан учреждениями государственной службы медико – социальной экспертизы»**, утвержденные постановлением Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения и медицинск



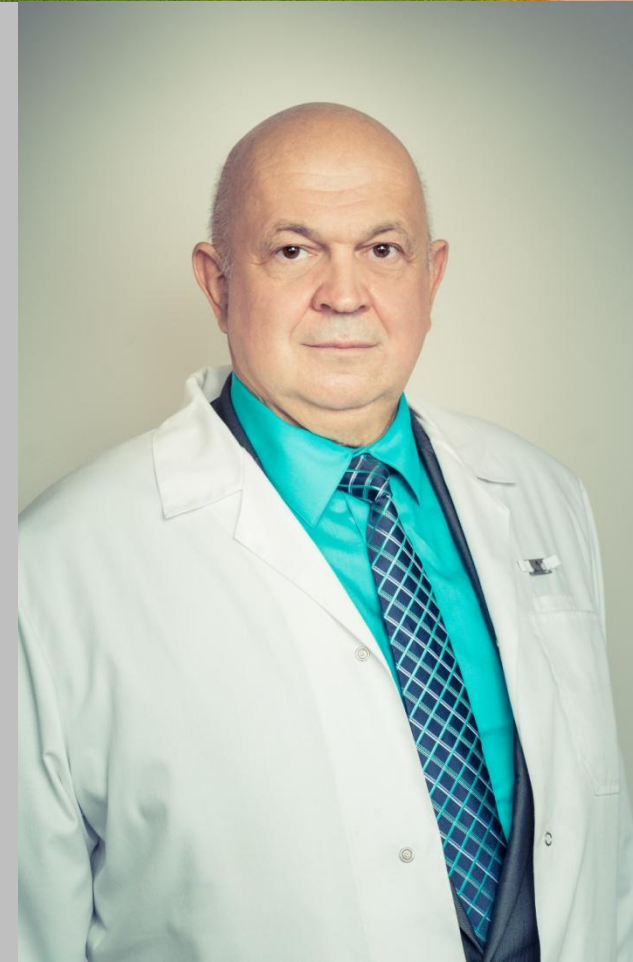
МСЭ

Медико-социальная экспертиза

Принятый в 1998 г. Федеральный закон №125 – ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» возложил на учреждения МСЭ обязанность по разработке программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания. По установлению степени утраты профессиональной трудоспособности введены и ныне действуют: **Постановление Правительства РФ от 16.10.2000 г. №789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»** и **Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 18.07.2001 г. №56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания»**.



Распоряжением правительства РФ №274-р от 22.02.2000 г. на базе реорганизуемых Центрального научно – исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН) и Центрального научно – исследовательского института протезирования и протезостроения (ЦНИИПП) был создано Федеральное государственное унитарное предприятие «Федеральный научно-практический центр медико – социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» (ФГУП ФЦЭРИ), Генеральным директором которого был назначен профессор Сергей Никифорович Пузин. ФЦЭРИ осуществлял свою работу в соответствии с основными направлениями государственной политики по социальной защите инвалидов и других социально незащищенных групп населения, разрабатывал и внедрял методические, правовые и организационные основы функционирования государственной



Началом очередного этапа развития государственной службы медико – социальной экспертизы стал **2004 год**. В целях реализации положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» изданы **Постановление правительства РФ от 16.12.2004 г. №1646-р «О создании федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»** и **Постановление Правительства РФ от 16.12.2004 г. №805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико – социальной экспертизы»** согласно которых определено, что учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы во всех субъектах Российской Федерации реорганизуются в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы «Главные бюро медико-социальной экспертизы» по субъектам Российской Федерации. Федеральное бюро находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, главные бюро медико – социальной экспертизы, имеющие бюро в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (с июня 2008 г. в ведении Федерального медико-



Введены новые нормативно – правовые документы по медико – социальной экспертизе: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.08.2005 г. №535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико- социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико – социальной экспертизы» и Постановление Правительства РФ то 20.02.2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», утвердившее Правила признания лица инвалидом, утвержден распоряжением Правительства РФ от 30.12.2005 г. №2347-р Федеральный перечень реабилитационных мероприятий и услуг, предоставляемых инвалиду. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 29.11.2004. г. №287 утверждена форма индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР) (в последствие в августе 2008 г. утверждены и (ИПР ребенка – инвалида).



Постановлением Правительства РФ от 07.04.2008г. №247 «О внесении изменений в правила признаний лица инвалидом» определен новый порядок установления группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категории ребенок – инвалид до достижения 18 лет) и введен Перечень заболеваний, дефектов, необратимых морфологических изменений, нарушений функций органов и систем организма, при которых группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категория «ребенок – инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет) устанавливается гражданам не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок – инвалид»).



Последний этап реорганизации учреждений медико-социальной экспертизы начался в 2008г., когда в соответствии с **указом Президента РФ от 12.05.2008г. №724 «Вопросы системы и структуры Федеральных органов исполнительной власти»** и **Постановлением Правительства РФ от 2 июня 2008 №423 «О некоторых вопросах деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального медико-биологического агентства»** Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав) в ведении которого находились учреждения медико-социальной экспертизы было ликвидировано. Функции упраздняемого Росздрава были

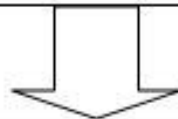


Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 ноября 2009 года № 906-н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» были определены задачи и функции федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

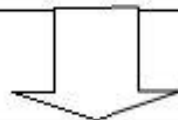
Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 11.04.2011г. № 295н был утвержден **Административный регламент по проведению медико-социальной экспертизы**. Административный регламент по проведению медико-социальной экспертизы - это сводный документ, который обобщает всю нормативно-правовую базу по медико-социальной экспертизе и прописывает общий порядок работы МСЭ простым, четким и доступным языком, что очень важно для граждан, которым непросто ознакомиться со всеми документами, который регламент объединяет. С его помощью человек будет знать, какие требования избыточны. Административный регламент предусматривает описание последовательности действий не только гражданина, но и специалистов, предоставляющих эту государственную услугу. В регламенте впервые были четко прописаны сроки предоставления услуги - после подачи заявления на проведение экспертизы выделено максимум 30 дней. Указан полный перечень необходимых документов при подаче заявления гражданином, а также требования к условиям и организации обслуживания лиц направленных на освидетельствование. Кроме того, подача заявлений, получение направлений и получение решений федеральных государственных учреждений МСЭ может осуществляться в электронном виде посредством Единого портала государственных услуг.

Блок-схема по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы

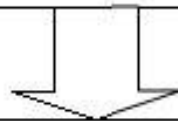
1. Прием и регистрация заявлений о предоставлении государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы



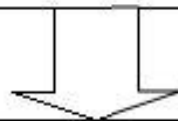
2. Формирование и направление межведомственных запросов в органы (организации), участвующие в предоставлении государственных или муниципальных услуг



3. Направление получателям государственной услуги приглашения для проведения медико-социальной экспертизы



4. Проведение медико-социальной экспертизы



5. Оформление и выдача получателям государственной услуги результатов проведения медико-социальной экспертизы

На основании постановлений Правительства Российской Федерации № 535 от 31 мая 2012 года «Вопросы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации» и № 610 от 19 июня 2012 года «Об утверждении положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации», а так же в соответствии с приказом Минтруда России № 153 от 31 августа 2012 года, ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» было переименовано в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России).



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



Коне

ц