

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России)
ул. Ивана Сусанина 3, Москва, 127486
Тел. 8 (499) 487-57-11; 488-40-70; факс 8(499)487-81-81
E-mail: fbmse@fbmse.ru <http://www.fbmse.ru>
ОКПО 55220088, ОГРН1047743057493
ИНН/КПП 7743085670/774301001

Руководителям – главным
экспертам по медико-
социальной экспертизе
федеральных государственных
учреждений медико-
социальной экспертизы
(по списку)

17.04.2015 г. № 8920/2015

на № _____

Методическое письмо

по актуальным вопросам, рассмотренным в рамках видеоконференций, проведенных Департаментом по делам инвалидов Минтруда России при методологическом сопровождении ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации и посвящённых мониторингу практики применения приказа Минтруда России от 29 сентября 2014 года N 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы»

В соответствии с графиком, утверждённым заместителем Министра труда и социальной защиты Российской Федерации А.В. Вовченко Департамент по делам инвалидов Минтруда России при участии ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России провел конференции в режиме видеосвязи с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации посвящённые мониторингу практики применения приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. № 664н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными

государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (далее - Классификации и критерии).

Обобщение результатов конференций в режиме видеосвязи позволило выявить следующие вопросы, наиболее часто поднимаемые специалистами большинства федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по субъектам РФ:

- 1) Почему изменились названия некоторых функций организма, в частности функция выделения изменена на мочевыделительную функцию, не более ли правильно было оставить прежнее название?
- 2) Чем в первую очередь следует руководствоваться при вынесении экспертного решения: выраженностью стойких нарушений функций организма человека по 4 степеням или клинико-функциональной характеристикой стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в чем их отличие и как они взаимосвязаны?
- 3) Что имеет определяющее значение при вынесении экспертного решения степень выраженности ограничений жизнедеятельности или клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами и как они взаимосвязаны?
- 4) В ряде пунктов количественной оценки клинико-функциональной характеристики стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами проценты определены в диапазоне (40-60, 70-80, 90-100), чем руководствоваться при определении конкретного значения в этом случае?
- 5) В количественной оценке не по всем патологиям в соответствии с МКБ-10 отражены процентные показатели для определения степени выраженности клинико-функциональных нарушений, обусловленных рядом патологий, в том числе таких распространенных как ЦВБ, чем руководствоваться при определении конкретного значения в этом случае?

- 6) В количественной оценке редко приводится клинико-функциональная характеристика, обусловленная детской патологией, в том числе с учетом возрастных особенностей развития детского организма, в частности при сахарном диабете, при наследственной патологии сердечно-сосудистой и нервной систем, чем руководствоваться при определении конкретного значения в этом случае?
- 7) В количественной оценке тугоухости обусловленной общими заболеваниями и патологией профессионального характера применяются несколько разные подходы, не является ли это ошибкой?
- 8) Чем руководствоваться при кодировке заболеваний, послуживших основанием для установления инвалидности, особенно в тех случаях, когда клинико-функциональная характеристика данного заболевания не представлена в количественной оценке или когда она представлена последствиями основного заболевания, указанного в направлении на медико-социальную экспертизу?

Обобщая прозвучавшие комментарии и разъяснения по поставленным вопросам и предложениям, можно отметить следующее.

В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. № 664н (зарегистрирован в Минюсте России 20 ноября 2014 г. № 34792, опубликовано в Российской газете № 284 12 декабря 2014 г., вступил в силу 23 декабря 2014 г.) утверждены «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (далее - Классификации и критерии).

Основными направлениями совершенствования классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы явились:

- 1) приведение классификаций функций организма в соответствии с положениями МКФ;

2) определение по степеням выраженности нарушенных функций организма количественной оценки клинико-функциональной характеристики проявлений заболеваний, последствий травм или дефектов с учетом основных инвалидизирующих патологий в соответствии с МКБ 10;

3) построение клинико-функциональной характеристики дефектов, приводящих к нарушению функций организма в соответствие с классификацией нарушений структур организма, приведенной в МКФ и основных инвалидизирующих патологий в соответствии с МКБ 10;

4) достижение большей объективизации, единообразия и прозрачности, выносимых учреждениями медико-социальной экспертизы решений и исключения (сведения к минимуму) антикоррупционной составляющей на методологической основе последних достижений доказательной медицины.

В пункте 4 раздела II, вышеуказанных Классификаций и критериев приводится классификация нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами с использованием дескрипционной (по 4 степеням выраженности: незначительное, умеренное, выраженное и значительно выраженное) и количественной (применительно к клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 % до 100 %, с шагом в 10 %, предусмотренной приложением к настоящим классификациям и критериям) систем оценки степени выраженности указанных нарушений.

«Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах» предназначена для количественной оценки в процентах стойких клинико-функциональных характеристик заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших стойкое нарушений функций организма человека и по своей сути, дополняет дескрипционную оценку, в целях большей объективизации, единообразия и прозрачности выносимых учреждениями медико-социальной экспертизы решений и исключения (сведения к минимуму) антикоррупционной составляющей.

При этом:

установление I степени предусматривает наличие стойких незначительных нарушений функций организма человека и оценивается при применении количественной системы степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, применительно к клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения в процентах в диапазоне 10-30 %;

установление II степени предусматривает наличие стойких умеренных нарушений функций организма человека и оценивается при применении количественной системы степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, применительно к клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения в процентах в диапазоне 40-60 %;

установление III степени предусматривает наличие стойких выраженных нарушений функций организма человека и оценивается при применении количественной системы степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, применительно к клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения в процентах в диапазоне 70-80 %;

установление IV степени предусматривает наличие значительно выраженных нарушений функций организма человека и оценивается при применении количественной системы степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, применительно к клинико-функциональной характеристики заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения в процентах в диапазоне 90-100 %.

«Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах», в которой изложена клинико-функциональная характеристика при различных основных инвалидизирующих заболеваниях, последствиях травм и дефектах (14

разделов) и которым дана соответствующая количественная оценка в процентах, приводится в приложении к утвержденным Классификациям и критериям.

Количественная оценка в процентах приводится как в определении процентов с шагом в 10 процентов (10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%, 100%), так и в определенном диапазоне (10-30%, 40-60%, 70-80%, 90-100%), и по своей сути является интегрированной клинико-функциональной характеристикой заболеваний, последствий травм и дефектов, учитывающей наряду со степенью выраженности стойких расстройств функций органов и систем организма и другие возможные особенности нарушения здоровья организма и факторы патологического процесса: форму и тяжесть течения, активность процесса, наличие и частоту обострений, наличие и частоту пароксизмальных состояний, распространенность патологического процесса, включение органов мишеней, необходимость подавления иммунитета, наличие осложнений и др.

В определенном диапазоне такая комплексная интегрированная оценка позволяет наиболее гибко и оптимально проводить оценку степени выраженности нарушенных функции органов и систем организма и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности при том практически неограниченном полиморфизме проявлений заболеваний, последствий травм и дефектов (их клинико-функциональной характеристики), которые встречаются в медицинской практике с учетом индивидуальных особенностей организма конкретного пациента.

В основу количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма представленной в приложении в виде перечня клинико-функциональных характеристик заболеваний, последствий травм или дефектов, обусловивших вышеуказанные нарушения, положен принцип систематизации учитывающий, наряду с классификацией основных видов стойких расстройств функций организма человека, и Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с указанием основного и дополнительного кода в соответствии с МКБ-10. Нозологический перечень заболеваний, последствий травм и дефектов вторичен и поэтому не может

быть и не является исчерпывающим. Представлены классы и группы заболеваний, последствий травм и дефектов являющиеся основными инвалидизирующими нозологическими формами и их обобщенная клинико-функциональная характеристика, соответствующая определенному проценту степени выраженности нарушенных функций организма человека и обусловленных конкретными проявлениями (течением, локализацией, распространенностью, сочетанием симптомов и синдромов) данных нозологических форм. При этом необходимо подчеркнуть, что большинство представленных в перечне нозологических форм из одной группы и/или класса болезней сопровождаются однотипными нарушениями функций определенных органов и систем организма: так например, именно оценка степени тяжести ХСН является основополагающим критерием количественной оценки при практически всей патологии сердечно-сосудистой системы; степень тяжести ХДН при болезнях органов дыхания; степень тяжести ХПН при болезнях почек; степень выраженности парезов и параличей и при определенной группе патологий сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервных систем; выраженность ограничения объема активных и пассивных движений при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата и т.д., поэтому при нозологических формах, не представленных в перечне, следует руководствоваться функциональной характеристикой однотипных нарушений при других формах патологии, представленных в перечне.

Более того, в целом ряде случаев нозологическая принадлежность клинико-функциональных нарушений не указана, степень нарушения функций представлена как таковая (например, снижение остроты и сужение полей зрения при болезнях глаза и его придаточного аппарата; степень снижения слуха при болезнях уха и сосцевидного отростка, выраженность и локализация парезов и параличей при определенной группе патологий сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервных систем и др.), так как эти нарушения и степень их выраженности типичны, четко детерминированы и распространяются на практически любую патологию из данной конкретной группы болезней.

Как уже подчеркивалось, количественная оценка в процентах приводится как в точном определении процента (10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%, 100%), так и в определенном диапазоне (10-30%, 40-60%, 70-80%, 90-100%). В диапазоне она приводится для учета всего спектра возможных многочисленных индивидуальных особенностей клинико-функциональной характеристики патологии у конкретного человека. При этом количественная оценка степени выраженности нарушений функций при осуществлении медико-социальной экспертизы устанавливается в конкретном значении из указанного диапазона в зависимости от нюансов конкретного характера проявлений этих особенностей. Например, при наличии умеренного пареза одной нижней конечности, которому может быть дана количественная оценка в диапазоне 40-60%, должны быть учтены, в том числе и такие факторы как степень выраженности снижения мышечной силы в проксимальном или дистальном сегменте нижней конечности. Если парез более выражен в проксимальном отделе, то количественная оценка может быть определена 50%, так как более выраженное снижение мышечной силы в проксимальном отделе приводит к более значительному затруднению ходьбы и стояния, поддержания вертикальной позы при выполнении различных видов передвижения и перемещения, чем, если бы парез был более выражен в дистальном отделе или снижение мышечной силы было бы равномерно распределено по всем сегментам нижней конечности. При выборе определенного процента из указанного в диапазоне так же имеют значение такие факторы как: частота и длительность обострений, пароксизмальных состояний, степень активности и распространенности патологического процесса, вовлечение органов – мишеней и другие индивидуальные характеристики клинико-функциональных нарушений у конкретного освидетельствуемого.

Следует обратить внимание на правильность указания кода заболевания в соответствии с МКБ-10. Обращаем внимание, что код заболевания указывается в формах государственной статистической отчетности (формы 7 – собес и 7Д (собес) преимущественно по основному диагнозу, указанному в МКБ-10 в классах от I по XIX, а не по осложнениям, локализации патологии,

наличию эндопротезов, трансплантатов, симптомов и синдромов и т.д., при этом код по МКБ-10 указан в «Количественной системе оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах» не в целях кодирования нозологической формы заболевания освидетельствуемого, а для систематизированного представления принадлежности клинико-функциональной характеристики патологического процесса.

Так же следует обратить внимание на правильность трактования фраз «...после 2-летнего наблюдения», «...в течении первых 3(5) лет», имеющих место в ряде конкретных пунктов «Количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах». Данный временной период относится не к срокам установления инвалидности (которые устанавливаются исключительно в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20.02.2006г. №95), а к периоду времени после какого-либо ключевого для клинико-функциональной характеристики данной патологии события и в течение которого может применяться данный конкретный пункт «Количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах» в случае прохождения гражданином медико-социальной экспертизы с целью установления тяжести (группы) инвалидности.

Особо следует обратить внимание, что в соответствии пп.5,6 Правил признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20.02.2006г. №95 «условиями признания гражданина инвалидом являются:

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание,

самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

6. Наличие одного из указанных в пункте 5 настоящих Правил условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.».

Таким образом, в соответствии с действующим нормативным правовым регулированием и данной редакцией приказа критериями для установления тяжести (группы) инвалидности является не просто нарушение здоровья человека с определенной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в том числе дескрипционное и/или количественно выраженное в процентах, а только те из них (нарушений), которые приводят к определенной степени выраженности ограничений одной из категорий жизнедеятельности человека (или их сочетанию для установления 3 группы инвалидности), определяющих необходимость его социальной защиты, в строгом соответствии с разделом IV приказа Минтруда России от 29 сентября 2014 года N 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Особенности применения классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в детском возрасте.

Категория «ребенок–инвалид» устанавливается детям в основном V группы здоровья с хроническими, либо врожденными заболеваниями, последствиями травм или дефектами в стадии декомпенсации или в случаях часто рецидивирующих заболеваний, что приводит к стойким нарушениям различных функций организма II, III, IV степени и ограничивает жизнедеятельность ребенка с учетом возраста хотя бы по одной категории

любой степени (1,2,3) выраженности и требует мер социальной защиты, включая реабилитацию.

Функции организма у детей не отличаются от функций организма взрослых. Отличительной особенностью детского возраста является интенсивное развитие и рост ребенка. Для определения адекватности развития ребенка существуют эпикризные сроки, это период развития ребенка, за который он приобретает новые навыки, достигает определенного уровня психомоторного развития, функционального состояния органов и систем.

Основные методические подходы при осуществлении медико-социальной экспертизы в детском возрасте должны учитывать эти особенности. Кроме этого, значимым при осуществлении медико-социальной экспертизы детей является учет биологического возраста ребенка и его соответствие паспортному, при этом следует помнить, что для каждого периода детства характерен дебют определенных патологических состояний:

- в возрасте 0-3 года дебютируют врожденные пороки развития;
- в 4-7 летнем возрасте преобладает дебют соматических заболеваний, в том числе сахарного диабета и бронхиальной астмы;
- в 8-14 летнем возрасте наиболее часто верифицируются психические расстройства и расстройства поведения;
- в 15 лет и старше – травмы и отравления.

При формировании экспертного решения также необходимо учитывать степень выраженности физиологической социальной недостаточности. Важным моментом становится выраженность социальной недостаточности, которая всегда коррелирует с возрастом.

Экспертно-реабилитационная диагностика должна учитывать:

- необратимость патологического процесса, степень его прогрессирования (клинический и реабилитационный потенциал и прогноз);
- наличие или отсутствие потери социального взаимодействия, не сформированность навыков социального взаимодействия;
- обученность контролю над заболеванием.

У детей **первого года** жизни важное значение имеют показатели физического и психомоторного развития. Маркерами стойкости расстройств функций организма являются:

- необратимость патологического процесса;
- структурные повреждения органов и систем организма;
- нарушения психомоторного развития в виде его отставания на 3 и более эпикризных срока;
- нарушения физического развития.

При некоторых заболеваниях детского возраста особенно важен учет особенностей. В частности, при сахарном диабете 1 типа у детей (далее СД) имеют место следующие клинико-функциональными характеристиками заболевания:

- длительное латентное (скрытое) течение заболевания. СД продолжительное время может не диагностируется у детей и только после гибели большей части островкового аппарата поджелудочной железы, развивается кетоацидоз (гипергликемия, глюкозурия);
- для детского возраста при сахарном диабете не характерно наличие макрососудистых осложнений;
- дети младшего, дошкольного и младшего школьного возраста в большинстве случаев не могут самостоятельно, без помощи взрослых, осуществлять контроль над заболеванием (контролировать уровень гликемии, считать хлебные единицы, вводить инсулин и при необходимости добавлять единицы инсулина к рассчитанной дозе, подсчитывать необходимую дозу инсулина), т.е. дети нуждаются в регулярной частичной или постоянной помощи взрослого и именно этим обусловлено установление категории «ребенок-инвалид» в указанном возрасте.

В старшем школьном возрасте в большей степени следует учитывать другие особенности: обученность контролю над заболеванием, дозу инсулина, степень компенсации.

Определение степени ограничений способности к обучению в приказе 664н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными

учреждениями медико-социальной экспертизы» изложено в соответствии с положениями Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Согласно ст. 79 ч. Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» под специальными условиями получения образования понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя:

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания;

- специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;

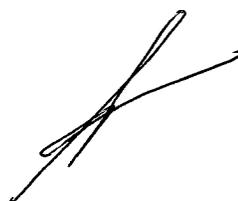
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую (в том числе техническую) помощь;

- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность;

- другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Установление степени ограничений способности к обучению в детском возрасте осуществляется с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии.

Руководитель –
главный федеральный эксперт по МСЭ
ФГБУ ФБМСЭ Минтруда России, д.м.н.



М.А. Дымочка