Сергеева О.В.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И /ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НА ПРИМЕРЕ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МСЭ ПО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ

ФКУ «ГБ МСЭ по Воронежской области» Минтруда России

Медико-социальная экспертиза лиц, пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний осуществляется в Российской Федерации по единой нормативно-правовой базе, регламентирующей процедуры и критерии, используемые в данном виде МСЭ. Вместе с тем в различных регионах в рамках действующего законодательства складываются особенности работы, основанные на специфике субъектов.

Воронежская область, как и другие регионы, имеет определённые характеристики, влияющие на деятельность учреждения МСЭ, регионального отделения Фонда социального страхования (РО ФСС) РФ, а также учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, направляющих пострадавших на МСЭ и реализующих мероприятия по их медицинской реабилитации.

Воронежская область относится к Центральному Федеральному округу, имеет площадь 52,2 тысячи км2, что составляет около трети площади всего Черноземья с плотностью населения около 44,6 человек на км2. Общая численность населения на 2013 г. составляла 2 333 377 человек, из которых 66,3 % приходилось на городское население, а 33,7 % - на жителей села. Население трудоспособного возраста составляет 57 %, тогда как доля граждан старше трудоспособного возраста достигает 27 %, а детей и подростков – всего 16 %. Таким образом, регион характеризует преобладание взрослого населения, большая часть которого проживает в городской местности.

Специфику профессиональной патологии обуславливает характер производств региона. Это машиностроение, самолетостроение, производство синтетического каучука, огнеупорных изделий, строительных материалов. В производстве минерального сырья представлены производство гранита и руд, развита химическая промышленность. С учетом вышесказанного, в учреждение МСЭ Воронежской области чаще всего обращаются с такими профессиональными заболеваниями, как тугоухость, вибрационная болезнь, силикозы. Вместе с тем, травмы на производстве преобладают над всеми профессиональными заболеваниями вместе взятыми: в общем объеме профессиональной патологии 85,5 % составляют травмы на производстве и лишь 14,5 % профессиональные заболевания.

Как уже говорилось, социальное страхование лиц, пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ. Медико-социальная экспертиза проводится в соответствии с Правилами установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными Постановлением Правительства от 16.10.2000 г. № 789 с использованием Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утверждённых Постановлением Минтруда от 18.07.2001 г. № 56. Реализация положений вышеозначенных актов осуществляется в атмосфере тесного сотрудничества РО ФСС, учреждения МСЭ и системы здравоохранения региона. Основополагающим в совместной работе является постоянный контакт, совместное изучение нормативно-правовых актов, регламентирующих вышеозначенную сферу деятельности в сочетании с совместным анализом результатов по итогам каждого года.

Медицинские организации проводят заседания врачебной комиссии с участием специалистов РО ФСС, согласовывая план, объем и сроки лечения пострадавшего. В период амбулаторного лечения врачебная комиссия совместно со специалистами РО ФСС принимает решение о нуждаемости пострадавшего в реабилитации, направляет пострадавшего на МСЭ для составления программы реабилитации пострадавшего (ПРП) по абзацу 4 пункта 9 Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности.

Интересно, что в ПРП на раннюю реабилитацию, если не считать рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда, преобладают рекомендации о нуждаемости в санаторно-курортном лечении (30,5 %), тогда как рекомендации о восстановительной терапии составляют всего 22,5 %. При этом расходы Фонда социального страхования соотносятся несколько другим образом: на стационарное лечение приходится 87 % всех расходов, на амбулаторное лечение - 4 % (в совокупности – 91 %), а на санаторно-курортное лечение – лишь 9 % расходов. В результате ранней реабилитации пострадавших после тяжёлых несчастных случаев на производстве к труду возвращается почти половина вышеозначенных пострадавших (40–45 %).

По завершении ранней реабилитации врачебная комиссия совместно со специалистами РО ФСС принимает решение о выписке пострадавшего к труду или о направлении на МСЭ для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) и составления ПРП. По направлениям ежегодно в нашем учреждении устанавливается первичная инвалидность вследствие профпатологии 60-80 гражданам, пострадавшим на производстве. Степень УПТ в процентах установлена в 2013 г. первично 127 гражданам (115 из них определена нуждаемость в мерах реабилитации). 21 человеку определена нуждаемость в мерах реабилитации без установления степени УПТ. С 2010 года нашими специалистами и сотрудниками РО ФСС проводилась активная работа с врачами и врачебными комиссиями медицинских организаций по разъяснению прав граждан на раннюю реабилитацию, необходимости формирования направления на МСЭ для формирования ПРП. В учреждениях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, проводились совещания, круглые столы, регулярно организовывались региональные межведомственные конференции. Вследствие этого количество направлений на МСЭ с целью формирования ПРП на раннюю реабилитацию вначале возросло, а затем стабилизировалось на уровне двух-трёх десятков ПРП в год.

Формирование заключений врачебных комиссий о нуждаемости в определённых видах реабилитации пострадавших находится на постоянном контроле и учреждения МСЭ и РО ФСС. В течение длительного времени нами были испробованы различные методики взаимодействия по формированию и передаче в ФСС ПРП: централизованная – через организационно-методический отдел учреждения МСЭ, децентрализованная – непосредственно из бюро МСЭ в Фонд социального страхования. Обе модели имеют свои преимущества и недостатки. Так, централизованная модель позволяет проводить дополнительную проверку правильности заключений врачебной комиссии и сформированных ПРП, своевременно предпринимать меры по устранению недостатков в обоих документах; децентрализованный вариант выигрывает в скорости и простоте передачи за счёт отсутствия дополнительного промежуточного звена. В процессе развития межведомственного взаимодействия с целью повышения качества заключений ВК и ПРП вначале использовался централизованный вариант, а когда и в заключениях и в ПРП значительно уменьшилось количество недочётов, функции по передаче ПРП в РО ФСС стали реализовывать бюро МСЭ, проводившие освидетельствование.

Переосвидетельствование пострадавших проводится в соответствии с пунктом 19 и III разделом Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности. Особое внимание уделяется анализу результатов проведённых реабилитационных мероприятий, реализации которых активно содействует РО ФСС. Степень УПТ устанавливается бессрочно при наличии объективных доказательств необратимости последствий повреждения здоровья и стойкого нарушения профессиональных способностей и возможностей выполнения производственной деятельности. В связи с вышесказанным, установление степени УПТ бессрочно осуществляется не так часто, как в общей статистике по инвалидности (в среднем степень УПТ бессрочно устанавливается каждому пятому повторно освидетельствованному, а инвалидность – каждому третьему). Вышесказанное приводит к некоторому накоплению контингента повторно освидетельствуемых и повышению интенсивного показателя повторной УПТ в регионе. Однако при ограниченном контингенте (около 8 тысяч человек), предпочтение отдаётся возможности осуществления большего контроля за реабилитацией, чем статистическим показателям. Результатом принятой тактики является эффект от проведённой реабилитации, выражающийся в снижении степени УПТ при очередной МСЭ – в среднем 5,3 % от количества переосвидетельствованных. Взаимодействие учреждения МСЭ, РО ФСС и медицинских организаций в процессе направления на МСЭ, проведения освидетельствования и реабилитации пострадавших позволяет контролировать все вышеозначенные процессы, оперативно решать возникающие проблемы и реализовывать гибкий подход к реабилитации пострадавших в зависимости от изменения состояния здоровья.

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

Сергеева Ольга Владимировна

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Воронежской области» Минтруда России, руководитель-главный эксперт по МСЭ, доктор медицинских наук

394055, г. Воронеж, ул. Ворошилова, д. 14

E-mail: sova@icmail.ru, voronezhmse@list.ru

Тел.: (473) 236-29-31, 8(920) 453-07-02 факс: (473) 236-29-31