Цикл брошюр
«Библиотека
рассеянного склероза»
БЕТАЛАЙФ

ИНВАЛИДНОСТЬ

и комплексная реабилитация инвалидов
вследствие рассеянного склероза

Betalife

БЕТАЛАЙФ — ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ИХ БЛИЗКИХ

Интернет-портал BETALIFE.RU

Вебинары от ведущих специалистов, научные статьи и последние новости о рассеянном склерозе.

Наведите включенную камеру мобильного телефона на QR-код для перехода на сайт betalife.ru

Информационные материалы

Цикл брошюр «Библиотека рассеянного склероза».

Наведите включенную камеру мобильного телефона на QR-код, чтобы ознакомиться с брошюрами на сайте betalife.ru/services/library

Круглосуточная горячая линия 8 (800) 200 08 16

Специалисты горячей линии ответят на вопросы, касающиеся терапии рассеянного склероза препаратами BIOCAD.

При необходимости вы можете получить консультацию менеджера по медицинской информации.

Мобильное приложение BETALIFE

Электронные дневник самочувствия для людей с рассеянным склерозом.

Наведите включенную камеру мобильного телефона на QR-код, чтобы скачать приложение BETALIFE

Обращение в сервисную программу специализированной поддержки пациентов с рассеянным склерозом БЕТАЛАЙФ не может заменить очную консультацию лечащего врача.

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!
УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Еще совсем недавно установленный диагноз **рассеянного склероза (РС)** фактически означал нарастающее выключение пациента из активной жизни в течение нескольких ближайших лет после дебюта болезни. Сегодня многое изменилось: современная терапия, комплексная реабилитация, разносторонняя социальная поддержка обеспечивают возможность для пациентов с рассеянным склерозом жить, продуктивно работать, активно проводить свободное время, творить, дружить, любить, заводить семьи, воспитывать детей.

Необходимо помнить, что государство не оставляет наших пациентов один на один с болезнью. Одной из важнейших форм государственной поддержки пациентов с рассеянным склерозом является установление им инвалидности и реализация гарантированных при этом статусе мер социальной защиты.

Но, как известно, ни один ветер не будет попутным, пока не знаешь, куда плыть. Именно поэтому одной из важнейших миссий Всероссийского союза пациентов (ВСП), ОООИБРС и ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России является просветительская деятельность. С этой целью при поддержке портала Betalife.ru и подготовлена настоящая памятка. Ее главная задача — повысить правовую грамотность пациентов с рассеянным склерозом и компетентность их лечащих врачей в принятии решений, связанных с социальным статусом пациентов.

Уверены, что эта памятка будет полезным и надежным навигатором в достаточно сложных вопросах медико-социальной экспертизы и комплексной реабилитации инвалидов — больных рассеянным склерозом.

С уважением,

Ян Власов,
д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии СамГМУ, президент ОООИБРС, сопредседатель ВСП

Алексей Ярков,
заместитель руководителя ФЦКР ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, врач по медико-социальной экспертизе

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 1

Инвалидность и медико-социальная экспертиза (МСЭ): общие понятия 2

Порядок направления пациентов на МСЭ 3

Процедура МСЭ 4

Общие критерии установления инвалидности и ее групп 5

Причины инвалидности и сроки, на которые она устанавливается 6

Переосвидетельствование инвалидов 7

Обжалование решений об установлении инвалидности 8

Особенности формирования направления на МСЭ медицинской организацией у пациентов с рассеянным склерозом 9

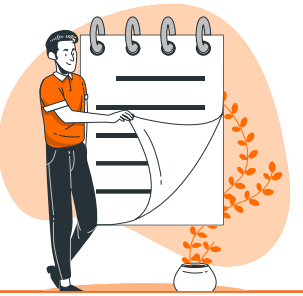
Критерии установления инвалидности и ее групп (категории «ребенок-инвалид») при рассеянном склерозе 10

Право инвалидов вследствие рассеянного склероза на комплексную реабилитацию 11

Реформы и ближайшие точки развития МСЭ и комплексной реабилитации инвалидов вследствие рассеянного склероза 12

Основные нормативно-правовые акты и полезные ссылки 13

Используемые сокращения 14



ВВЕДЕНИЕ

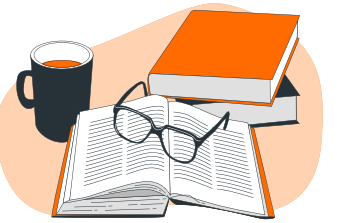
Инвалидность — это особый юридический статус человека, определенный в нашей стране положениями Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее — Закон).

Человек, которому установлен такой статус, имеет право на ряд мер социальной защиты и социальной поддержки от государства. К таким мерам относятся: финансовая поддержка (пенсия по инвалидности, ежемесячные денежные выплаты и др.), льготы и меры государственной социальной помощи (в том числе бесплатное лекарственное обеспечение, льготы на оплату ЖКУ, бесплатная парковка автомобиля и многое другое), право на бесплатную комплексную реабилитацию и абилитацию, в том числе обеспечение техническими средствами реабилитации.

Инвалидность устанавливается в результате особого вида медицинской экспертизы — **медико-социальной экспертизы (МСЭ)**, которую уполномочены проводить только федеральные учреждения МСЭ по направлению медицинских организаций. Юридически первые и вторые между собой не связаны, так как относятся к различным сферам — социальной защиты и охраны здоровья населения соответственно.

По причине разной ведомственной принадлежности вопросы МСЭ для врачей лечебной сети нередко бывают не столь хорошо знакомы, как вопросы диагностики и лечения. Важно, чтобы и пациенты, и специалисты имели достаточные знания о том, как проводится МСЭ, а также о ее результатах.

Первая часть настоящего пособия посвящена общим вопросам методологии и процедуры МСЭ. Во второй части освещены практические вопросы установления инвалидности при рассеянном склерозе.



ИНВАЛИДНОСТЬ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА (МСЭ)

Общие представления

Диагноз есть, а инвалидности нет. А мне вообще она положена? А что мне это даст?

Лечащий врач говорит, что нет. А может, ему просто лень оформлять документы? Или лучше обратиться в частную клинику? А так можно?

Ну и кому мне жаловаться? Или это бесполезно? Сразу в суд? А может, пройти экспертизу повторно с новыми анализами?

А какие анализы и справки собирать? Есть вообще какой-то точный список всего? Или это на усмотрение врача?

Ну и ну! Меня даже не пригласили на экспертизу! Из бюро МСЭ просто пришел отказ на портал Госуслуг. Они вообще мое дело рассматривали?

Все анализы сданы, все бумаги подписаны. Жду экспертизу. Кстати, а долго мне ее ждать?

Знакомые вопросы? Нередко от правильных ответов на них зависит, без преувеличения, судьба пациента.

Важно, чтобы ответы были корректными, конкретными и информативными.

ИНВАЛИДНОСТЬ С ПРАВОВОЙ И НАУЧНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

В соответствии со статьей 1 Закона **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.

Статья 1 Закона раскрывает и понятие **ограничение жизнедеятельности (ОЖД)** — это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Инвалидность

Заболевание

+

Стойкие нарушения функций организма

+

ОЖД

Другими словами, инвалидность устанавливается человеку не по факту наличия того или иного заболевания, а только в том случае, если это заболевание вызвало стойкие нарушения функций организма (двигательных, психических и др.) и отразилось на осуществлении человеком привычной жизнедеятельности (способности передвигаться без специальных приспособлений и посторонней помощи, обслуживать себя в быту, осознавать окружающее и принимать решения, работать и т.д.).

Такой подход соответствует общемировому пониманию инвалидности, нашедшему отражение в **Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)**.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В каждом субъекте Российской Федерации есть **главное бюро медико-социальной экспертизы**, находящееся в прямом подчинении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и располагающееся в столице региона.

В соответствии со статьями 7 и 8 Закона к его полномочиям отнесены установление гражданам инвалидности, ее группы и причины, разработка ИПРА инвалидов, установление степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве и в результате профессиональных заболеваний, разработка их программы реабилитации, а также ряд других функций.

Все главные бюро МСЭ работают в едином правовом, методическом и информационном поле. Они имеют **бюро — филиалы в городах и районах** различного профиля — общего, педиатрического, фтизиатрического, психиатрического и т. д.

Контроль за деятельностью главных бюро МСЭ осуществляет **Федеральное бюро МСЭ (ФГБУ ФБ МСЭ)**, расположенное в городе Москве,

Федеральные учреждения МСЭ

ВРАЧИ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ: КТО ЭТО?

Как и любой доктор, врач по МСЭ — это выпускник медицинского ВУЗа, но только одного из двух его основных факультетов — лечебного или педиатрического (например, стоматолог, провизор или санитарный врач экспертами по МСЭ стать не смогут).

Врач по МСЭ — это высококвалифицированный доктор, который либо уже имел аккредитованную специальность (невролог, терапевт, хирург и т.д.), а затем прошел годичную профессиональную переподготовку и стажировку по МСЭ, либо является выпускником медицинского университета, прошедшим трехлетнюю ординатуру по МСЭ. Таких специалистов готовят всего несколько учреждений в стране, каждое — со столетней историей.

Врач по МСЭ

Высшее медицинское образование

+

Специальная подготовка по МСЭ (3-4 года)

+

Глубокое знание Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

В составе любого бюро МСЭ должно быть не менее трех специалистов, один из которых — это обязательно врач по МСЭ (могут быть еще другие врачи, психологи, специалисты по социальной работе).

При этом только врач по МСЭ имеет право быть руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) и именно ему принадлежит право решающего голоса при вынесении экспертных решений.

Врач по МСЭ — это универсал, который должен в совершенстве знать особенности диагностики и лечения всех патологий и уметь сопоставлять медицинский и социальный аспект болезни в категориях МКФ.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕДЕНИЯ МСЭ

В рамках реализации различных положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» утверждены и действуют десятки нормативно-правовых актов (НПА) по вопросам МСЭ и реабилитации инвалидов.

Но для установления инвалидности ключевыми являются три документа: постановление Правительства РФ от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом», приказ Минтруда России и Минздрава России от 16 мая 2024 г. №259н/238н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы», а также приказ Минтруда России от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых для осуществления медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Наиболее часто в настоящем пособии приводятся ссылки именно на эти документы.

Правовое регулирование МСЭ

Закон «О социальной защите инвалидов в РФ»

+

Правила признания лица инвалидом

+

Классификации и критерии МСЭ и Перечень обследований для МСЭ

Правовое регулирование МСЭ постоянно меняется и совершенствуется. Настоятельно советуем пользоваться только актуальными версиями НПА.

ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА МСЭ

Зачем так сложно? Не проще ли устанавливать инвалидность сразу в моей поликлинике?

Если совсем коротко: нет, не проще. Инвалиды — это федеральная льготная категория граждан, а большинство поликлиник находится в региональном подчинении.

Проще говоря, учреждения регионального подчинения не могут устанавливать права на федеральные льготы — так устроено российское законодательство.

Впрочем, все логично: медицинские организации и должны заниматься, в первую очередь, диагностикой, лечением и реабилитацией, а вот экспертные вопросы — прерогатива независимых структур. Это общемировая практика: в большинстве развитых стран механизм установления инвалидности именно таков.

Сегодня в России процедура МСЭ для пациентов максимально упрощена. Опыт организации работы МСЭ в период пандемии COVID-19 открыл новые возможности для проведения экспертизы: **по принципу «одного окна»** (если нет желания — не нужно лично приходить в бюро МСЭ на освидетельствование), **дистанционно** (если есть желание присутствовать, но виртуально — то возможно провести освидетельствование с использованием современных телемедицинских технологий), **обезличенно** (то есть врачи-эксперты не будут знать вашего имени и даже места жительства в целях полной объективности при принятии решений).

Российская система МСЭ уверенно стартует в будущее!

КТО НАПРАВЛЯЕТ ПАЦИЕНТА НА МСЭ?

Согласно пункту 17 действующих **Правил признания лица инвалидом**, пациента на МСЭ может направить только медицинская организация после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Организационно-правовая форма медицинского учреждения неважна — это может быть и частная клиника. Направляют на МСЭ на основании решения **врачебной комиссии (ВК)** при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма. Нарушения должны быть обусловлены заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Необходимо также письменное согласие гражданина (или его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение МСЭ.

То есть в медицинской организации, в котрой наблюдается пациент, ему должен быть проведен определенный объем диагностических процедур, необходимый как для верификации диагноза основного заболевания и его осложнений, так и подтверждения стойкости расстройств функций.Этот объем обследований определяется клиническими рекомендациями для каждой нозологической формы заболевания.

Лечащий врач представляет медицинские документы пациента на ВК, которая и принимает решение о целесообразности направления пациента на МСЭ, а также о необходимости его дообследования в соответствии с **Перечнем обследований для МСЭ**.

Вместе с тем Перечень по своему содержанию соотнесен с **клиническими рекомендациями** для соответствующих заболеваний, поэтому если врач в своей лечебной и диагностической тактике следовал клиническим рекомендациям, то проведение дополнительных исследований, скорее всего, не потребуется (максимум — обновление ряда анализов).

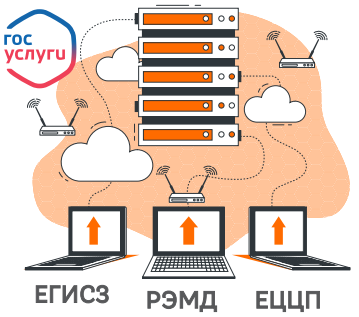
Перечень обследований для МСЭ постоянно совершенствуется благодаря совместной работе Федерального бюро МСЭ и Минздрава России.

КАК ПАЦИЕНТ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МСЭ?

Форма направления на МСЭ медицинской организацией и порядок ее заполнения регламентированы приказом Минтруда России № 488н и Минздрава России № 551н от 12 августа 2022 г. В соответствии с номенклатурой эта форма имеет **№ 088/у**.

Форма № 088/у формируется медицинской организацией в **ЕГИСЗ** (Единая государственная информационная система здравоохранения) и и передается через **ЕЦЦП** (Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере), к которой подключены все федеральные учреждения МСЭ, подведомственные Минтруду России.

Форма направления на МСЭ № 088/у



Результаты проведенных пациенту медицинских обследований содержатся в **РЭМД** (Реестре электронных медицинских документов) и доступны для изучения врачами по МСЭ.

В настоящее время документооборот между медицинскими организациями и бюро МСЭ полностью электронный и исключает участие пациента.

МСЭ имеет **беззаявительный характер**. Это означает, что пациент просто дает согласие на направление своих документов в бюро МСЭ и на проведение самой экспертизы. Такое согласие можно дать в медицинской организации или через **личный кабинет на ЕПГУ** (Единый портал государственных и муниципальных услуг, т. е. Госуслуги).

Там же, на ЕПГУ, можно отследить все этапы экспертизы: регистрацию в бюро МСЭ поступивших документов, дату проведения экспертизы и, разумеется, ее результаты, а также обжаловать решение бюро и выполнить другие действия. Сегодня ЕПГУ связан с ЕГИСЗ и ЕЦЦП в единый цифровой контур. Пожалуй, это самое передовое решение в мировой практике.

СРОКИ ПОДГОТОВКИ НАПРАВИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕТОВ НА МСЭ, И ПОЧЕМУ ОНИ МОГУТ ЗАТЯГИВАТЬСЯ

Правила признания лица инвалидом не содержат положений, строго регламентирующих сроки направления пациентов на МСЭ после дебюта заболевания (за некоторыми исключениями, например, после ампутаций конечностей этот срок жестко фиксирован и составляет 3 дня).

В законодательстве в сфере охраны здоровья граждан эти сроки также не указаны прямо, если это не связано с непрерывным продлением листка нетрудоспособности («больничного листа») у работающего пациента более 4 месяцев подряд (пункт 27 Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 29 июня 2011 г. № 624н).

Такая ситуация связана с различной скоростью прогрессирования тех или иных инвалидизирующих заболеваний и особенностей их течения у пациентов различного возраста, с различной сопутствующей патологией и т. д.

Вместе с тем, каждый врач, являясь профессионалом в своей специальности, как правило, понимает, когда конкретного пациента необходимо представить на ВК для дальнейшего оформления документов на МСЭ.

Согласно требованиям пункта 17 Правил признания лица инвалидом между заседанием ВК и направлением пациента на МСЭ должно пройти не более 30 дней.

За это время пациент должен быть полностью дообследован согласно требованиям Перечня обследований для МСЭ (результаты обследований должны быть внесены в РЭМД в независимости от того, где они пациенту проводились!), и в отношении него должна быть сформирована и подписана электронными подписями членов ВК форма № 088/у.

Сроки оформления формы № 088/у могут затягиваться лишь по одной причине: врач представил на ВК пациента, которому был проведен не полный спектр необходимых обследований.

ВОЗВРАТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ ОБРАТНО В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

Будем честны — иногда случаются ситуации, когда лечащий врач на вопрос пациента: «почему мои документы отправили в бюро МСЭ еще 2 месяца назад, а решения все нет?» отвечает что-то в духе: «не знаю, они все время почему-то возвращают направление».

Действующими нормативно-правовыми актами предусмотрено лишь одно основание для возврата формы 088/у обратно в медицинскую организацию — несоблюдение Перечня обследований для МСЭ

Эта норма предусмотрена приказом Минтруда России от 20 июня 2022 г. № 360н «Об утверждении формы и состава сведений уведомления о причинах возврата направления на медико-социальную экспертизу в медицинскую организацию».

Врачу важно помнить, что до большинство медико-социальных экспертиз сегодня проводится без личного присутствия гражданина (то есть по представленным документам), в связи с чем принципиально важно соблюдение медицинской организацией требований Перечня обследований для МСЭ в целях принятия корректного объективного решения об установлении инвалидности.

Руководителю медицинской организации необходимо не забывать о том, что сведения о возврате формы № 088/у обратно в медицинскую организацию согласно требованиям Правил признания лица инвалидом направляются бюро МСЭ в территориальный орган фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), который предпринимает соответствующие меры в рамках своих полномочий.

Пациент всегда может уточнить текущий статус своего направления на МСЭ (в том числе его возвраты в медицинскую организацию) в личном кабинете на портале ЕПГУ.

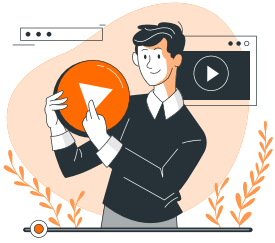
ПРОЦЕДУРА МСЭ

Могут ли меня вызвать на очную экспертизу? А если я не приду?

В 2022 году с введением новых Правил признания лица инвалидом изменилась процедура эспертизы. Сегодня на этапе оформления согласия на направление и проведение МСЭ пациент выбирает форму ее проведения — с личным присутствием или без такового, о чем в форме согласия делается соответствующая отметка. В 2023 году порядка 80% граждан выбрали экспертизу в формате «без личного присутствия», то есть по документам, оформленным медицинской организацией.

Вместе с тем, по желанию пациента или в отдельных случаях, предусмотренных Правилами признания лица инвалидом, экспертиза проводится только с личным присутствием гражданина (очно).

Эти случаи мы рассмотрим далее. В случае очной формы экспертизы специалистами бюро МСЭ проводятся все необходимые медико-экспертные процедуры: беседа, осмотр, физикальные и инструментальные методы обследования с использованием специального диагностического оборудования, как правило, не применяемого в лечебной сети.



При проведении очной МСЭ всегда осуществляется аудио- и видеофиксация экспертизы (но категорически запрещено снимать сам процесс осмотра пациента — только беседу и оглашение экспертного решения). Пациент имеет право затребовать запись.

В КАКИХ СИТУАЦИЯХ МСЭ ПРОВОДИТСЯ ОЧНО? ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ ДЛЯ ЭТОГО ИДТИ В БЮРО?

Правилами признания лица инвалидом не предусмотрено заочное освидетельствование, если МСЭ проводится только для разработки **индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА)**. Например, если у пациента бессрочная инвалидность, и ему нужно внести новое техническое средство реабилитации в ИПРА. Также это правило распространяется на пациентов, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, таких как дома-интернаты.

Очная форма МСЭ — это не обязательно личная явка в бюро. Если по тяжести состояния или иным объективным причинам пациент не может придти сам, то в случае освидетельствования с личным присутствием комиссия может выехать к нему:

- по месту жительства,
- месту получения медицинской помощи в стационаре медицинской организации,
- месту отбытия наказания.

Важно помнить следующее: в соответствии с пунктом 32 Правил признания лица инвалидом, даже если пациент в форме согласия указал предпочтительную форму проведения МСЭ без личного присутствия (заочно), бюро (главное бюро МСЭ по субъекту Российской Федерации, Федеральное бюро) может изменить форму освидетельствования на очную.

Основания для изменения формы МСЭ на очную

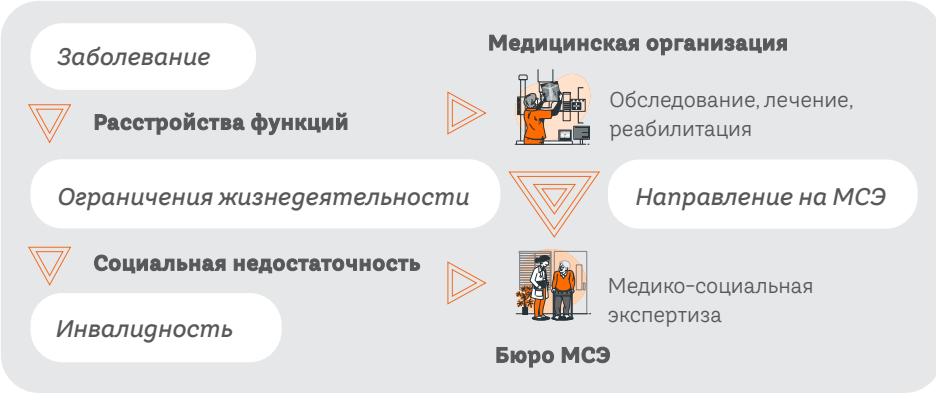
При невозможности удостовериться в полноте и достоверности сведений, содержащихся в представленных документах.

В случае выявления несоответствий между данными исследований и заключений специалистов, направляющих гражданина на МСЭ, о степени выраженности стойких нарушений функций организма.

При необходимости использования специального диагностического оборудования и экспертных технологий.

ИСХОДЯ ИЗ ЧЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МСЭ? КАКОВЫ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ?

Статья 7 Закона прямо указывает на то, что МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основании анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием Классификаций и критериев МСЭ. Аналогичное положение содержится в Правилах признания лица инвалидом.



В пункте 30 Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 30 декабря 2020 г. № 979н, указано, что скрок экспертизы не должен превышат 30 дней со дня регистрации в бюро формы № 088/у. Вместе с тем, мониторинг, проведенный Федеральным бюро, показал, что средние сроки проведения МСЭ в 2023 году фактически составляют 7-10 дней.

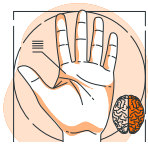
В том же 2023 году **Всероссийским союзом пациентов** при поддержке Фонда Президентских грантов и Федерального бюро МСЭ было проведено исследование «**Медико-социальная экспертиза глазами пациентского сообщества»**. В исследовании приняло участие 4034 пациента из 85 регионов России. Исследование касалось всех аспектов подготовки направительных документов на МСЭ и ее проведения: сроков, комфорта и т.д. С его результатами можно познакомиться на официальноминтернет-сайте ВСП: **vspru.ru.**

ОБЩИЕ КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И ЕЕ ГРУПП

Виды стойких расстройств функций организма человека, оцениваемые при проведении МСЭ

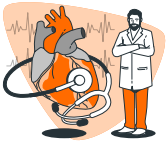
В соответствиии с Классификациями и критериями МСЭ при проведении экспертизы на основании изучения медицинской документации, осмотра пациента и обследования его с использованием специального диагностического оборудования (при проведении МСЭ с личным присутствием) врачами по МСЭ **оцениваются следующие виды стойких расстройств функций организма:**

психических



нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических)

языковых и речевых



различных внутренних органов и систем, кожи

сенсорных (зрения, слуха, различных видов чувствительности)

нарушений, обусловленных физическим внешним уродством

Степень выраженности стойких расстройств функций человека оценивается в процентах **в диапазоне от 10 до 100 процентов с шагом в 10 процентов.**

В Классификациях и критериях МСЭ предусмотрена количественная оценка нарушенных функций при различных инвалидизирующих нозологиях у взрослых и у детей (с учетом возрастной нормы развития).

СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА В ПРОЦЕНТАХ

В соответствии с Классификациями и критериями МСЭ выделяют **4 степени выраженности** стойких нарушений организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

I СТЕПЕНЬ — стойкие незначительные нарушения функций организма человека в диапазоне **от 10 до 30** процентов.

II СТЕПЕНЬ — стойкие умеренные нарушения функций организма человека в диапазоне **от 40 до 60** процентов.

III СТЕПЕНЬ — стойкие выраженные нарушения функций организма человека в диапазоне **от 70 до 80** процентов.

IV СТЕПЕНЬ — стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека в диапазоне **от 90 до 100** процентов.

Задача врачей по МСЭ на первом этапе экспертизы — определить, к нарушениям каких функций организма человека привело то или иное заболевание, последствия травмы или дефект. Для этих целей применяются приложения к Классификациям и критериям МСЭ:

приложение 1. Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше.

приложение 2. Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма детей в возрасте до 18 лет.

Обе системы оценки используют проценты для характеристики стойких нарушений функций организма.

Могут быть установлены нарушения нескольких видов функций организма, но только одно из них (даже при равных значениях выраженности других нарушений) будет квалифициоровано как ведущее.

ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ОРГАНИЧЕНИЯ

Задача второго этапа — определить к ограничениям каких основных категорий жизнедеятельности пациента привели нарушения функций организма.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

самообслуживание

контроль за своим поведением

самостоятельное передвижение

обучение

ориентация

трудовая деятельность

общение

Выделяются **3 степени выраженности** ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека. В Классификациях и критериях МСЭ приведено четкое определение каждой из категорий жизнедеятельности и критерии установления степеней ограничений по каждой из них.

1 СТЕПЕНЬ
осуществление самостоятельно, но с более длительными затратами времени и использованием технических средств реабилитации

2 СТЕПЕНЬ
с частичной регулярной посторонней помощью других лиц

3 СТЕПЕНЬ
с постоянной посторонней помощью.

ОБЩИЕ КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ

Классификации и критерии МСЭ определяют, как устанавливать инвалидность у взрослых и детей. У взрослых это касается статуса и группы инвалидности, а у детей — единой категории «ребенок-инвалид». Такой подход соответствует положениям статьи 1 Закона. Ниже представлены краткие схемы критериев для установления инвалидности и ее групп.

Критерии установления инвалидности

ВЗРОСЛЫЕ

ДЕТИ

Стойкие нарушения функций организма

от 40 до 100 процентов (II — IV степень)

Ограничения жизнедеятельности

2-3 степени в одной категории или 1 степени в двух и более категориях

любой степени в любой категории

Критерии установления групп инвалидности

ВЗРОСЛЫЕ

ДЕТИ

Стойкие нарушения функций организма

1 ГРУППА	2 ГРУППА	3 ГРУППА
90-100%	70-80%	40-60%

ЕДИНАЯ КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД»

Как можно заметить, критерии установления инвалидности у детей гораздо либеральнее, чем у взрослых. Пенсии и выплаты у всех детей-инвалидов приравнены к 1 группе у взрослых.

ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ И СРОКИ, НА КОТОРЫЕ ОНА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

Что такое причина инвалидности?

В соответствии с пунктом 15 Правил признания лица инвалидом в случае признания гражданина инвалидом ему устанавливается та или иная причина инвалидности.

Причина инвалидности — это один из факторов, оказывающих влияние на объем и характер мер социальной защиты и социальной поддержки инвалидов, в том числе размер пенсий по инвалидности и ежемесячных денежных выплат.

Всего Правилами признания лица инвалидом предусмотрено 17 различных причин инвалидности, самыми распространенными из которых являются **«общее заболевание», «инвалидность с детства», «профессиональное заболевание», «военная травма».**

Порядок установления причин инвалидности регламентирован **приказом Минтруда России от 16 февраля 2023 г. № 90н.**

Причина инвалидности **«общее заболевание»** устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие нарушения здоровья, обусловленного заболеванием, последствием травмы или дефектом, при отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, военной травмы, инвалидности с детства или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, ставших причиной инвалидности.

При РС наиболее часто устанавливается причина «общее заболевание», реже — «инвалидность с детства».

Общее заболевание ◁ **РС** ▷ **Инвалидность с детства**

НА КАКОЙ СРОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ИНВАЛИДНОСТЬ?

Сроки установления инвалидности определены пунктами 8–14 Правил признания лица инвалидом, а также приложением к Правилам. Группа инвалидности у лиц в возрасте 18 лет и старше может быть установлена сроком на **1 год (2 и 3 группы инвалидности)** или на **2 года (1 группа инвалидности)**, а также **без указания срока переосвидетельствования (бессрочно).** В зависимости от конкретного заболевания, его формы и степени нарушений функций организма, любая группа инвалидности может быть установлена бессрочно уже при первичном освидетельствовании или не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом. В остальных случаях это должно произойти не позднее 4 лет после первичного признания.

У детей категория «ребенок-инвалид» устанавливается

- на **1 год** (при умеренных нарушениях функций организма),
- на **2 года** (при выраженных и значительно выраженных нарушениях функций организма),
- на **5 лет** или **14 лет** (при отдельных заболеваниях)
- до **18 лет** (при первичном освидетельствовании или не позднее 2 или 4 лет после первичного признания ребенка инвалидом).

Сроки установления инвалидности у детей также связаны с нозологической формой заболевания и тяжестью вызванных им нарушений функций организма.

При РС у взрослых лиц инвалидность бессрочно (у детей-инвалидов — до 18 лет) устанавливается, как правило, не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом.

РС

1 год

ВЗРОСЛЫЕ: II — III степень нарушения функций, **ДЕТИ:** II степень нарушения

2 года

ВЗРОСЛЫЕ: IV степень нарушения функций, **ДЕТИ:** III — IV степень нарушения

Б/С

ВЗРОСЛЫЕ: все степени не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом

до 18

ДЕТИ: все степени не позднее 4 лет после первичного признания инвалидом

ОБЖАЛОВАНИЕ РЕШЕНИЙ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ

Помните, что вы имеете полное право обжаловать решения бюро МСЭ. Это не потребует от вас дополнительных усилий или сбора документов. Все очень просто! Вот как это работает:

В системе МСЭ действует **трехступенчатая система контроля за принятыми решениями и их обжалования в вышестоящие инстанции** при несогласии с ними пациента в любой части.

Решение бюро МСЭ можно обжаловать в главное бюро МСЭ по субъекту Российской Федерацией **в течение месяца**. В свою очередь, при несогласии гражданина с решением главного бюро оно может быть обжаловано также **в течение месяца** в Федеральное бюро МСЭ.

Заявление об обжаловании решений федеральных учреждений МСЭ можно подать как в то учреждение, где проводилась экспертиза, так и в вышестоящее, в удобной для гражданина форме — на бумажном носителе или **через личный кабинет на портале Госуслуг.**

Обжалование также можно проводить с личным присутствием пациента или без него — по решению самого пациента.

Начиная с 1 июня 2023 года доступна новая форма обжалования решений бюро МСЭ в вышестоящих инстанциях — дистанционно с использованием информационно-компьютерных технологий.

Это работает так: в назначенное время пациент прибывает в бюро, где с помощью специального телемедицинского оборудования его осматривают специалисты главного или Федерального бюро МСЭ.

ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Итак, я выбрала форму МСЭ «без личного присутствия». Как же эксперты из кучи файлов поймут и сопоставят все особенности течения РС именно у меня?

Вы совершенно правы! Никак, если им (и вам) не поможет ваш лечащий врач. В условиях, когда экспертные решения принимаются в основном по документам, крайне важно, чтобы документы отражали реальную клиническую картину.

Качество формирования направительных документов обеспечивает объективность принимаемых бюро МСЭ решений. Напомним, что до 80% экспертиз сегодня проводится заочно.

Согласитесь, что крайне непросто понять медицинский аспект болезни (ее дебют, нарастание симптомов, ответ на лечение и т.д.), не видя пациента.

Но ведь соотношение медицинской и социальной стороны каждой патологии еще сложнее и, главное, всегда индивидуально — у каждого человека свои жизненные обстоятельства.

Уважаемые коллеги! Именно поэтому так важно качественно оформить все необходимые документы для МСЭ.

СОТРУДНИЧЕСТВО РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Уважаемые пациенты! РС — это мультисистемное заболевание, которое приводит к различным, казалось бы, не связанным между собой последствиям. Но это только так кажется. Если совсем просто, для синхронной и эффективной работы все органы и системы нашего организма имеют общее управление.Нервная система совместно с эндокринной, иммунной системами и системой кровообращения обеспечивает взаимосвязанную регуляцию деятельности всего организма и его адекватную реакцию на изменение условий внешней и внутренней среды.

Рефлексы, произвольные движения, чувствительность (зрение, слух, боль и т.д.), мышление, речь, висцеральные функции (мочевыделение, пищеварение, дыхание и другие) не будут работать нормально, если в регулирующей системе — прогрессирующий сбой.

Таким сбоем и является аутоиммунная атака на миелиновую оболочку проводящих путей нервной системы при РС.

Ведет пациента с рассеянным склерозом (и, соответственно, решает основные вопросы, связанные с прохождением МСЭ) **врач-невролог**. Но, учитывая поражение различных органов и систем, ему помогают (в рамках оказания консультативной помощи) и другие врачи:

- **офтальмолог** — при нарушениях зрения**,**
- **оториноларинголог** — при нарушениях слуха,
- **психиатр (психотерапевт, медицинский психолог)** — при ментальных нарушениях,
- **терапевт (гастроэнтеролог, кардиолог, пульмонолог)** — при висцеральных нарушениях (то есть нарушениях работы внутренних органов),
- **уролог** (при задержке и недержании мочи),
- **колопроктолог** (при энкопрезе),
- **педиатр**
- **акушер-гинеколог**

ОФОРМЛЕНИЕ ФОРМЫ № 088/У ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Информация для врачей

Качество оформления направительных документов на МСЭ (форма № 088/у) — залог точности и объективности принимаемых бюро МСЭ решений. Это особенно актуально в условиях преобладания заочных (без личного присутствия пациента) медико-социальных экспертиз.

Выше уже отмечалось, что даже в случае выбора пациентом формы проведения МСЭ без личного присутствия специалисты бюро МСЭ по основаниям, предусмотренным пунктом 32 Правил признания лица инвлидом, могут изменить форму экспертизы на «с личным присутствием гражданина». На практике это происходит из-за поверхностного или небрежного подхода врача к оформлению формы № 088/у.

Форма № 088/у состоит из двух разделов — «Данные о гражданине» и «Клинико-функциональные данные гражданина».

Поскольку к форме № 088/у прилагается порядок ее заполнения, оформление раздела I (ФИО, СНИЛС, адрес места жительства и т.д.) не представляет никаких сложностей.

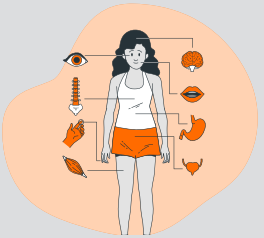
В связи с этим далее кратко описаны основные нюансы, на которые врачу следует обратить внимание при заполнении раздела II у пациента с РС.

Подчеркнем самое важное: врачу необязательно владеть пером, как А.П. Чехов или М.А. Булгаков. Вместе с тем, наши великие коллеги тоже когда-то заканчивали медицинские ВУЗы, и логика изложения мысли в их произведениях во многом — из классической медицинской школы.

Составлять любой медицинский документ нужно так, чтобы другие врачи поняли, о какой конкретной клинической и жизненной ситуации больного идет речь.

А.П. ЧЕХОВ

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 23 «Наблюдается в медицинской организации с ___ года»	Свидетельствует о длительности заболевания. Если пациент ранее наблюдался в других медицинских организациях необходимо указать год, когда он был впервые взят под медицинское наблюдение.
П. 24 «Анамнез заболевания» 	Анамнез заболевания при РС должен быть описан так, чтобы из него логически проистекал тип течения заболевания у конкретного пациента (рецидивирующе-ремиттрирующий, вторично-прогрессирующий, первично-прогрессирующий, а также другие особые формы РС — вариант Марбурга, вариант Шильдера и др.) и его тяжесть с учетом диссеменации клинических, лабораторных и инструментальных признаков РС во времени и в пространстве с опорой на критерии McDonald (пересмотр 2017 г.). Если заболевание дебютировало клинически изолированным синдромом (КИС), то важно указать год его появления, моно- или мультифокальность клинических проявлений, длительность КИС, обращался ли пациент в тот период к врачу, какие диагностические исследования проводились, их основные результаты. При рецидивирующе-ремиттрирующей форме необходимо подробно описать частоту и характер атак, последовательность появления различных групп неврологических нарушений в ходе атак — поражения зрительного нерва.

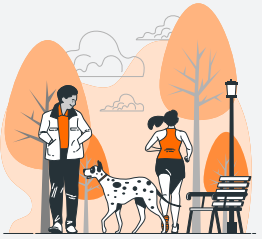
Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 24 «Анамнез заболевания»	мозжечка и его путей, ствола головного мозга, спинного мозга, больших полушарий головного мозга. При этом симптомы поражения различных отделов нервной системы и последовательность их появления следует конкретизировать. Например: «в XXXX году в ходе очередной атаки были впервые диагностированы признаки правостороннего ретробульбарного неврита зрительного нерва. В том же году впервые диагностирован левосторонний ретробульбарный неврит. В дальнейшем отмечалось появление болей при движении глазных яблок, транзиторных скотом, наблюдалось прогрессирующее снижение остроты зрения. В XXXX году появились признаки статической и динамической мозжечковой атаксии в легкой форме — неустойчивость при ходьбе, мимопопадание и дисметрия в координационных пробах, изменился почерк. В том же году появилось легкое интенционное дрожание, изменилась речь. В XXXX году в ходе очередной атаки симптомы поражения мозжечка усилились — неустойчивость при ходьбе стала постоянной, усилился тремор рук, речь стала скандированной. В XXXX году в ходе новой атаки впервые появился нистагм, признаки межъядерной офтальмоплегии, снижение слуха.

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 24 «Анамнез заболевания»	В том же году появились признаки пареза отводящего нерва, симптомы невралгии тройничного нерва, слух снизился до 2 степени тугоухости. В XXXX году впервые ощутил слабость, снижение чувствительности в левой руке и левой ноге. В том же году в ходе очередной атаки появился легкий левосторонний гемипарез, императивные позывы на мочеиспускание, непостоянное недержание мочи. С XXXX года — хроническая утомляемость, прогрессирующее снижение памяти и внимания, резкие перепады настроения». И так далее с учетом топической группировки и хронологической последовательности появления различных форм неврологического дефицита. Одновременно в анамнезе заболевания необходимо отразить динамику результатов лабораторных и инструментальных исследований, характеризующих развитие заболевания (в первую очередь, последовательного изменения картины МРТ), результаты консультаций врачей-специалистов (офтальмолога, оториноларинголога, психиатра и др.), частоту и длительность обострений и ремиссий, госпитализаций по основному заболеванию, применяемую на каждом этапе заболевания терапию (в особенности, начало терапии препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС) и достигнутый на тех или иных препаратах результат в течение каждого лечебного года (ответ на терапию).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 24 «Анамнез заболевания»	Описание первично-прогредиентного типа течения РС при написании анамнеза должно отражать именно непрерывную динамику нарастания неврологического дефицита с учетом топики. В случае перехода рецидивирующе-ремиттирующего РС во вторично-прогрессирующую форму важно четко отразить год, когда было зафиксировано нарастание неврологического дефицита вне обострений. Если лечащий врач в целях оценки усиления или уменьшения инвалидизации использует Расширенную шкалу статуса инвалидизации (РШСИ), то при написании анамнеза заболевания целесообразно указывать показатели РСШИ в баллах в динамике. Разумеется, для целей анамнеза достаточно общего балла. Динамика интегральных показателей РСШИ позволит врачу-эксперту понять тип течения заболевания и изменение тяжести состояния пациента по годам.
П. 25 «Анамнез жизни»	Дает врачу-эксперту сведения как о факторах, усугубляющих течение основного заболевания, так и о факторах, влияющих на ограничение жизнедеятельности пациента. Помимо вопросов наследственности и перенесенных в прошлом болезней важно описать семейно-бытовой, социальный, профессиональный анамнезы.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 25 «Анамнез жизни» 	Для врача по МСЭ анамнез жизни пациента, особенно пациента с РС, имеет, пожалуй, гораздо большее значение, чем для врача-клинициста. Важно, в каких условиях живет пациент (наличие удобств и доступность жилой инфраструктуры), состав семьи и помощь с ее стороны при осуществлении пациентом текущей жизнедеятельности, степень самостоятельности пациента в быту, на объектах социальной, транспортной и других инфраструктур, социальная активность. Для объективизации этих нарушений в дополнение к описательной части при РС может быть рекомендовано использование шкалы функциональной независимости (FIM), индекса мобильности Ривермид, опросника SF-36 и других тестов с приложением их результатов (опционально). Важно влияние заболевания и на профессиональную деятельность: кем раньше работал и кем сейчас работает пациент (не работает), каковы условия его труда, справляется ли пациент с работой? Разумеется, эти сведения заполняются со слов самого пациента — характеристика с места работы не является документом, обязательным для проведения МСЭ.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 29 «Состояние здоровья гражданина при направлении на МСЭ»	При описании текущего неврологического статуса пациента при направлении на МСЭ настоятельно рекомендуется использовать общепринятые в мировом профессиональном сообществе шкалы Kurzke: Шкалу функциональных систем (ФС, FS) и Расширенную шкалу статуса инвалидизации (РШСИ, EDDS). При этом рекомендуется не просто указывать полученные баллы, но и приводить их интерпретацию (какие объективно выявляемые клинические проявления легли в основу оценки по каждой группе симптомов). Принципиально важно, чтобы описание клинического статуса не противоречило анамнезу, а диагноз основного заболевания и его осложнений логично проистекал из жалоб, анамнеза, статуса и данных лабораторных и инструментальных исследований.
П. 30 «Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении МСЭ»	Принципиально важный раздел! Отсутствие в форме № 088/у необходимых обследований, предусмотренных Перечнем обследований для МСЭ для той или иной нозологической формы кожного заболевания, является основанием для возврата формы в медицинскую организацию и проверки медицинской организации со стороны ФОМС. Раздел настолько важен, что далее мы рассмотрим его более детально.

МЕДИЦИНСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МСЭ

Перечень обследований для МСЭ структурно подразделяется на два приложения — **обследования взрослых** и **обследования детей** перед направлением на МСЭ.

В свою очередь в каждом приложении приведены **общие обследования** для того или иного класса болезней и **обследования при конкретных нозологических формах заболеваний**.

При этом как общие обследования, так и обследования при конкретных нозологиях подразделяются на **обязательные** (необходимы в любом случае) и **дополнительные** (необходимы при определенных условиях).

Общие обязательные обследования у взрослых и детей при всех болезнях нервной системы, в том числе при РС* нервной системы

Общие обязательные обследования при всех болезнях нервной системы	Сроки действия обследований	
	взрослые	дети
Консультация врача-невролога	90 календарных дней (к.д.) при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении	
Общий анализ крови развернутый		
Анализ крови биохимический		
Общий анализ мочи		
Регистрация и описание ЭКГ		
Измерение роста	1 год	120 к.д.
Измерение массы тела	120 к.д.	

* здесь и далее приведены сокращенные наименования медицинских обследований. Более подробные и точные формулировки в соответствии с действующей номенклатурой медицинских обследований приведены в пунктах 6, 6.5 приложения 1 (взрослые) и пунктах 21, 21.5 приложения 2 (дети) к перечню обследований для МСЭ.

МЕДИЦИНСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ (18+)

Обследования у взрослых*

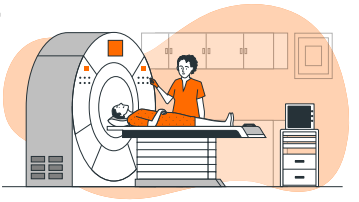
Общие дополнительные обследования при всех болезнях нервной системы	Условия	Сроки действия обследований
Консультация врача-терапевта или врача общей практики (семейного врача)	при нарушении функций внутренних органов	90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. при повторном направлении
Консультация врача-психиатра	при нарушении психических функций	
Консультация врача-уролога или хирурга	при недержании мочи	
УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи		
Консультация врача-колопроктолога или хирурга	при недержании кала	
Медико-логопедическое исследование	при афазии, дизартрии, дисфагии	

* общие дополнительные обследования проводятся по направлению врача-невролога или по решению ВК медицинской организации при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний в рамках территориальных программ госгарантий **бесплатного** оказания медицинской помощи.

МЕДИЦИНСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ (18+)

Обязательные обследования при РС	Сроки действия обследований
Консультация врача-офтальмолога	90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. при повторном направлении
МРТ головного мозга с контрастированием	180 к.д. при первичном направлении, 1 год при повторном направлении
МРТ спинного мозга с контрастированием	

Какие-либо дополнительные обследования при РС специально не предусмотрены.

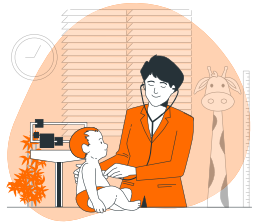


МЕДИЦИНСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (18-)

Обследования у детей и подростков до 18 лет

Общие дополнительные обследования при всех болезнях нервной системы	Условия	Сроки действия обследований
Консультация врача-психиатра детского (участкового детского)	при нарушении психических функций у лиц до 15 лет	90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. при повторном направлении
Консультация врача-психиатра подросткового (участкового подросткового)	при нарушении психических функций у лиц от 15 лет и старше	
Тестирование у медицинского психолога	при нарушении психических функций по направлению детского или подросткового врача-психиатра	
Нейропсихологическое или патопсихологическое исследование		
Медико-логопедическое исследование	при афазии, дизартрии, дисфагии	

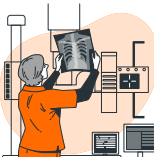
* общие дополнительные обследования проводятся по направлению врача-невролога или по решению ВК медицинской организации. Исключение — тестирование у медицинского психолога для уточнения структуры и выраженности нарушений психических функций. Вид и объем тестирования определяетс врач-психиатр. Все дополнительные исследования, как и у взрослых, **бесплатные**.



МЕДИЦИНСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МСЭ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (18-)

Обязательные обследования при РС	Сроки действия обследований
Консультация врача-офтальмолога	90 к.д. при первичном направлении, 120 к.д. при повторном направлении
МРТ головного мозга с контрастированием	180 к.д. при первичном направлении, 1 год при повторном направлении

Дополнительные обследования при РС	Условия	Сроки действия обследований
Консультация врача — детского уролога-андролога	у мальчиков при нарушениях функции почек и мочевыдели-тельной функции	90 к.д. при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении
МРТ спинного мозга с контрастированием	при поражении спинного мозга	180 к.д. при первичном направлении, 1 год при повторном направлении



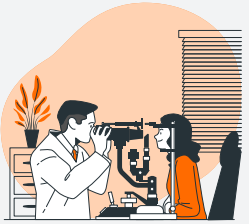
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 31.1 «Диагноз при направлении на МСЭ: основное заболевание»	Инвалидность может быть установлена только на основании корректно сформулированного диагноза основного заболевания. Формулировку клинического диагноза рекомендуется выполнять с учетом МКБ-10 и действующих классификаций заболевания по типу течения, стадии заболевания и выраженности функциональных нарушений: 1) Название болезни — Рассеянный склероз, G35.0* 2) Тип течения — ремиттирующее (или рекуррентно-ремиттрирующее), вторично-прогрессирующее, первично-прогрессирующее. 3) Стадия: а) при ремиттирующем — ремиссия, обострение; при осмотре пациента в течение одного месяца от начала обострения можно указать дату начала обострения, основные неврологические синдромы в порядке убывания их функциональной значимости с указанием их выраженности (выраженный/глубокий, умеренный, легкий). б) при вторично-прогрессирующем — прогрессирование, стабилизация, обострение; при осмотре пациента в течение одного месяца от начала обострения можно указать дату начала обострения, основные неврологические синдромы в порядке убывания их функциональной значимости с указанием их выраженности (выраженный/глубокий, умеренный, легкий).

* код по МКБ-10 указывается в п. 31.2 формы № 088/у

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 31.1 «Диагноз при направлении на МСЭ: основное заболевание»	в) при первично-прогрессирующем — прогрессирование, стабилизация, обострение; при осмотре пациента в течение одного месяца от начала обострения можно указать дату начала обострения, основные неврологические синдромы в порядке убывания их функциональной значимости с указанием их выраженности (выраженный/глубокий, умеренный, легкий). 4) оценка по шкале РШСИ (EDSS). **Примеры формулировки диагноза основного заболевания при направлении пациента с РС на МСЭ:** Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения (от 01.08.2024), умеренный парез правой ноги, умеренная мозжечковая атаксия. РШСИ (EDSS) 4,5. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия ремиссии, легкая мозжечковая атаксия. РШСИ (EDSS) 2,0. Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение, стадия стабилизации, умеренный нижний парапарез, умеренная мозжечковая атаксия, легкие проводниковые чувствительные нарушения. РШСИ (EDSS) 6,0. Рассеянный склероз, первично-прогрессирующее течение, стадия стабилитации, выраженный верхний парапарез, значительно выраженный нижний парапарез, выраженные нарушения функций тазовых органов (практически постоянное недержание мочи). РШСИ (EDSS) 9,0.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Пункт раздела II формы № 088/у	Комментарии
П. 31.1 «Диагноз при направлении на МСЭ: основное заболевание» 	Ряд проявлений РС не может быть включен в диагноз основного заболевания, поскольку эти осложнения устанавливаются другими врачами-специалистами: офтальмологом, психиатром, оториноларингологом, урологом и др. Вместе с тем, осложнения основного заболевания характеризуют нарушения функций при РС, не вошедших в формулировку диагноза основного заболевания — зрения, слуха, психической сферы. Лечащему врачу-неврологу настоятельно не рекомендуется формулировать осложнения основного заболевания самостоятельно, без заключения профильного специалиста, поскольку соответствующими врачами используются специализированные виды диагностики. Так, например, врач-психиатр в своем заключении для МСЭ опирается не только на результаты клинической беседы, но и на экспериментально-психологическое исследование, проведенное медицинским психологом (в том числе со специальной подготовкой по нейропсихологии, позволяющей связать клиничесие проявления нарушений психических функций с топикой поражения). Только врач-уролог обладает достаточными компетенциями, чтобы проанализировать объективные признаки недержания мочи и степени ее тяжести (от этого зависит назначение абсорбирующего белья в ИПРА) — мацерацию кожных покровов, объем остаточной мочи по УЗИ и т.д.

ОФОРМЛЕНИЕ ФОРМЫ № 088/У ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Основные тезисы для пациентов

Попробуем сформулировать вопросы направления на МСЭ при РС тезисно и без использования специальных терминов:

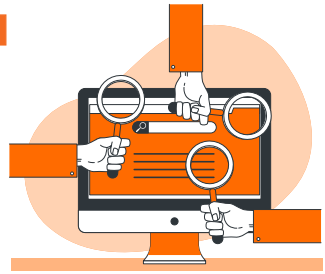
1. Корректность и точность принимаемых в бюро МСЭ решений об установлении инвалидности при РС в значительной степени зависит от того, насколько полно и информативно будет оформлено направление на МСЭ. Врачи по МСЭ, изучая форму 088/у, должны «увидеть» динамику развития вашего заболевания, его форму, основные проявления.

2. Подчеркнем, госпитализация в профильное отделение медицинской организации перед направлением на МСЭ не является обязательной, но вам должен быть предварительно проведен полный спектр обследований. Перечень этих обследований и сроки их действия Вы можете найти на страницах 35–39 настоящей памятки.

3. Вы имеете право ознакомиться с формой № 088/у перед передачей ее в бюро МСЭ — это такой же медицинский документ, как и ваша амбулаторная карта. Не стесняйтесь просить лечащего врача подробнее описать тот или иной аспект вашего заболевания или ваш социальный статус. Но, разумеется, это следует делать максимально корректно, чтобы не поставить под сомнение профессиональную компетентность доктора.

4. Чем больше международно признанных клинических тестов вам будет проведено перед направлением на МСЭ, тем лучше будет оопределено ваше физическое состояние и социальная недостаточность, вызванные РС. При этом основной шкалой, по которой должна быть проведена оценка, сегодня является Расширенная шкала статуса инвалидизации (РШСИ), известная за рубежом как EDDS. Эта шкала позволяет максимально полно, объективно и комплексно описать ваше состояние.

КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И ЕЕ ГРУПП ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ



В соответствии с Классификациями и критериями МСЭ при болезнях нервной системы в целом и при РС в частности применяются общие критерии установления инвалидности у взрослых и у детей — сочетание **стойких расстройств функций организма человека** и **ограничений его жизнедеятельности.**

*Количественная оценка степени выраженности **стойких расстройств функций организма**, обусловленных заболеваниями нервной системы, основывается преимущественно на оценке степени выраженности двигательных нарушений (параличи, парезы, атаксия, гиперкинезы), затрудняющих опору и передвижение, способность осуществлять простые и сложные виды движений, а также на оценке наличия и степени выраженности психических, речевых и языковых, сенсорных нарушений функций организма. Учитываются также и другие факторы патологического процесса: клиническая форма, тип и тяжесть течения заболевания, активность процесса, длительность и частота обострений, наличие и курабельность пароксизмальных состояний; распространенность патологического процесса, наличие осложнений, факторы клинического и реабилитационного прогноза.*

*Наиболее часто при болезнях нервной системы отмечаются **ограничения жизнедеятельности** в категориях: «самостоятельное передвижение», «самообслуживание», «ориентация», «общение», «обучение», «трудовая деятельность», а также «контроль за своим поведением».*

КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ (18+)

В соответствии с Классификациями и критериями МСЭ при РС инвалидность устанавливается **при наличии стойких расстройств организма человека II степени (умеренные нарушения) и выше, т.е. начиная от 40 процентов и выше.**

- В случае РС это как минимум умеренные парезы верхних и/или нижних конечностей, умеренные бульбарные нарушения;
- умеренные атактические нарушения, частичная атрофия зрительных нервов с умеренными нарушениями сенсорных функций;
- умеренные нарушения функций тазовых органов, в том числе — на фоне терапии ПИТРС (пункт 6.7.1.2 Приложения № 1 к Классификациям и критериям МСЭ).

Вышеуказанная клинико-экспертная картина примерно соответствует **3-4,5 баллам РШСИ (EDSS)** и выше.

Одновременно у пациента должны быть установлены ограничения способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, общению, обучению и трудовой деятельности — **2-3 степени в одной из этих категорий** или **1 степени в нескольких из них**,

На практике, однако, при РС в случае соответствия клинической картины 3-4,5 баллам РШСИ (EDSS) почти всегда наблюдаются ограничения жизнедеятельности в нескольких категориях, поскольку заболевание является системным.

Далее мы подробно рассмотрим категории жизнедеятельности человека и степени ограничений, включая те, которые связаны с рассеянным склерозом.

Важно помнить, что бюро МСЭ оценивает не просто клиническую ситуацию, а влияние состояния здоровья на социальное функционирование человека.

КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ (18+)

При установлении группы инвалидности врачи по МСЭ руководствуются более детальными критериями, предусмотренными пунктами 6.7.1.2 — 6.7.1.4 Приложения № 1 к Классификациям и критериям МСЭ.

Эти пункты позволяют точнее оценить степень выраженности имеющихся у пациента функциональных нарушений.

Критерии установления групп инвалидности при РС у взрослых лиц

Клинико-функциональная картина	Количественная оценка в %	Примерное соответствие РШСИ (EDSS)	Группа инвалидности
П. 6.7.1.2 Умеренные парезы верхних и/или нижних конечностей, умеренные бульбарные нарушения; умеренные атактические нарушения, частичная атрофия зрительных нервов с умеренными нарушениями сенсорных функций; умеренные нарушения функций тазовых органов, в том числе — на фоне терапии ПИТРС.	40-60%	3-4,5 баллов	**3** ГРУППА

Отсутствие признаков активности заболевания, подтвержденное в том числе данными МРТ, а также отсутствие или незначительные нарушения функций организма (включая легкие атактические нарушения), даже на фоне терапии ПИТРС, соответствует п. 6.7.1.1 Приложения No 1 к Классификациям и критериям МСЭ. В таких случаях основания для установления инвалидности и ее группы отсутствуют.

КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ (18+)

Критерии установления групп инвалидности при РС у взрослых лиц

Клинико-функциональная картина	Количественная оценка в %	Примерное соответствие РШСИ (EDSS)	Группа инвалидности
П. 6.7.1.3 Выраженные парезы верхних и/или нижних конечностей, выраженные бульбарные нарушения; выраженные атактические нарушения, нарушение контроля функции тазовых органов, в том числе — на фоне терапии ПИТРС.	70-80%	5-7 баллов	**2** ГРУППА
П. 6.7.1.4 Значительно выраженные парезы или параличи верхних и/или нижних конечностей; значительно выраженные бульбарные нарушения, атактические нарушения, отсутствие контроля функции тазовых органов, в том числе — на фоне терапии ПИТРС.	90-100%	7,5-9,5 баллов	**1** ГРУППА

Если совсем коротко, то умеренные нарушений функций (3-4,5 баллов РШСИ) соответствуют 3 группе инвалидности, выраженные нарушения (5-7 баллов РШСИ) — это 2 группа инвалидности, а значительно выраженные нарушения — 1 группа (7,5-9 баллов РШСИ).

КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И КАТЕГОРИИ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (18-)

Что касается детей, то, напомним, лицам до 18 лет устанавливается единая категория «ребенок-инвалид».

В целом критерии установления инвалидностии и категории «ребенок-инвалид» аналогичны таковым у взрослых.

Степень выраженности нарушений функций организма и сочетание ограничений жизнедеятельности у детей и взрослых напрямую влияют на решение бюро МСЭ о необходимости тех или иных мероприятий и услуг по реабилитации и абилитации. Это включает обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР) за счет федерального бюджета, такими как трости, ходунки, кресла-коляски (в том числе с электроприводом), абсорбирующее белье и другие средства.

Вопросы обеспечения инвалидов и детей-инвалидов ТСР регулируются положениями **приказа Минтруда России от 27 апреля 2023 г. № 342н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».**

Тема социальной защиты и социальной поддержки инвалидов в Российской Федерации вкратце будет освещена далее, после справочной информации об ограничениях жизнедеятеьности, влияющих на установление пациентам инвалидности.

ОЖД

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИИ КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

Справочная информация

Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность к самообслуживанию	способность самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены
1 степень	способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств
2 степень	способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств
3 степень	неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

Справочная информация

Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность к самостоятельному передвижению	способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом
1 степень	способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств
2 степень	способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств
3 степень	неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

Справочная информация

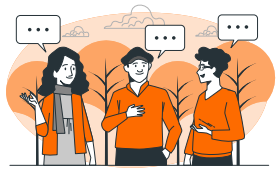
Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность к ориентации	способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения
1 степень	способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств
2 степень	способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств
3 степень	неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

Справочная информация

Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность контролировать свое поведение	способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
1 степень	периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции
2 степень	постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц
3 степень	неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ



Справочная информация

Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность к общению	способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
1 степень	способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств
2 степень	способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств
3 степень	неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

Справочная информация

Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность к обучению	способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни
1 степень	способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий (при необходимости) для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, в том числе обучение с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения ПМПК
2 степень	способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий для получения образования только по адаптированным образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения ПМПК
3 степень	способность к обучению только элементарным навыкам и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения только элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере, или ограниченные возможности способности к такому обучению в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма, определяемые с учетом заключения ПМПК

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ

Справочная информация

Категории жизнедеятельности и степень их ограничения при РС	Содержание категорий жизнедеятельности и критерии определения степеней их ограничения
Способность к трудовой деятельности	способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы
1 степень	способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации
2 степень	способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств
3 степень	способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма

ПРАВО ИНВАЛИДОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ, КОМПЛЕКСНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ

Сегодня медико-социальная экспертиза является одной из важнейших услуг в социальной сфере для людей с нарушениями здоровья.

Информационная система МСЭ интегрирована в единый цифровой контур Единой централизованной цифровой платформы в социальной сфере (ЕЦЦП), связана с другими информационными системами социальной защиты (например, информационными системами и подсистемами Социального фонда России) и личным кабинетом гражданина на портале Госуслуг.

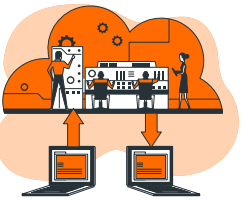
Это означает не только то, что пациент видит результаты МСЭ в личном кабинете на Госуслугах. Главное — это то, что основные положенные инвалиду федеральные меры социальной защиты и социальной поддержки сегодня назначают в проактивном режиме. Среди них — пенсионирование, ежемесячные денежные выплаты и т.д.

В настоящее время как таковая справка об установлении инвалидности (так называемая «розовая справка») для назначения федеральных мер социальной поддержки и льгот уже не нужна — все сведения об инвалиде находятся в едином цифровом «облаке» социальной защиты с момента признания его инвалидом.

Через портал Госуслуг также можно оформить и подать заявления на те льготы и меры социальной поддержки, которые по различным причинам не могут быть предоставлены автоматически.

Меры социальной защиты и поддержки инвалидов в нашей стране достаточно обширны, а соответствующие вопросы регулируются двумя основными законами — Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Федеральным законом от 19 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи в Российской Федерации»

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТСР И КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Одной из таких мер является бесплатное обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР) в рамках **Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р.** Для этого соответствующее ТСР должно быть включено в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) — документ, разрабатываемый бюро МСЭ одновременно с установлением инвалидности.

Сегодня выбор комплекстации ТСР максимально индивидулизирован уже на этапе проведения МСЭ. А все возможные комплектации ТСР, которые выдают инвалидам за счет средств федерального бюджета, содержатся в электронном каталоге ТСР Социального фонда России. Этот каталог доступен для инвалида через личный кабинет на портале Госуслуг. Там же можно подать заявление в Социальный фонд России об обеспечении ТСР — в натуральном виде, через электронный сертификат на его самостоятельное приобретение или на компенсацию уже приобретенного за собственный счет ТСР (разумеется, если такое ТСР включено в действующую ИПРА инвалида, ребенка-инвалида).

Однако комплексная реабилитация инвалидов не ограничивается только обеспечением ТСР — это:

- медицинская реабилитация;
- реабилитация в социальной сфере;
- построение и реализация рационального психолого-педагогического маршрута с учетом особых потребностей ребенка-инвалида;
- система профессионального обучения и трудоустройства инвалидов (в том числе на специально оборудованные рабочие места);
- адаптивная физическая культура и адаптивный спорт инвалидов;
- социокультурная интеграция и многое другое.

Вопросы предоставления мер социальной защиты, социальной поддержки и комплексной реабилитации инвалидов в России настолько широки и разнообразны, что авторы планируют посвятить им отдельную большую памятку для пациентов и врачей.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом»

Приказ Минтруда России и Минздрава России от 16 мая 2024 г. № 259н/238н «Об утверждении Перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы»

Приказ Минтруда России от 27 августа 2019 г. № 585н «О Классификациях и критериях, используемых для осуществления медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Наведите включенную камеру мобильного телефона на QR-код. чтобы перейти на сайт

ОООИБРС
официальный сайт

ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России
официальный сайт

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВК — врачебная комиссия (медицинской организации)

ВСП — Всероссийский союз общественных объединений пациентов

ЕГИСЗ — Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

ЕПГУ (Госуслуги) — Единый портал государственных (муниципальных) услуг

ЕЦЦП — Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере

ИПРА — индивидуальная программа реабилитации или абилитации (инвалида, ребенка-инвалида)

К. д. — календарные дни

КИС — клинически изолированный синдром

МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МРТ — магнитно-резонансная томография

НПА — нормативные правовые акты

ОЖД — ограничения жизнедетельности

ОООИБРС — Общероссийская общественная организация инвалидов — больных рассеянным склерозор

ПИТРС — препараты, изменяющие течение рассеянного склероза

РС — рассеянный склероз

РШСИ (EDSS) — Расширенная шкала оценки степени инвалидизации (Expanded Disability Status Scale)

РЭМД — Реестр эдектронных медицинских документов

СамГМУ — Самарский государственный медицинский университет

СНИЛС — страховой номер индивидуального лицевого счета

ТСР — технические средства реабилитации

Федеральное бюро МСЭ (ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России) — Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

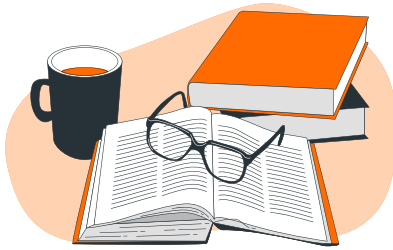
ФЦКР — Федеральный центр научно-методического и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов на базе ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

ФН (FIM) — (шкала) функциональной независимости (Functional Independence Measure)

ФС (FS) — (шкала) функциональных систем Kurzke

ЭКГ — в зависимости от контекста — электрокардиография или электрокардиограмма

ОБ АВТОРАХ



АВТОР

Ярков Алексей Анатольевич

В государственной системе МСЭ работает с 2012 года. Занимал должности врача по МСЭ участкового бюро, специалиста экспертного состава главного бюро, заместителя начальника отдела государственной политики в сфере МСЭ центрального аппарата Минтруда России.

В настоящее время работает заместителем руководителя ФЦКР ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Принимал и продолжает принимать непосредственное участие в разработке всех основных законодательных и нормативных правовых актов по вопросам МСЭ и комплексной реабилитации инвалидов в РФ.

РЕЦЕНЗЕНТ

Власов Ян Владимирович

Является одним из ведущих экспертов в Российской Федерации и Европе по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, защиты прав пациентов с рассеянным склерозом. Доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии СамГМУ, Президент ОООИБРС, сопредседатель ВСП. Эксперт-консультант Экономического и социального совета ООН, постоянный представитель РФ во Всемирной ассоциации инвалидов с РС (IFMS), постоянный представитель РФ в Европейской платформе по проблемам инвалидов с РС Департамента социальной политики Европейского Союза (EMSP), член Международной Федерации рассеянного склероза (MSIF), вице-президент Всероссийского общества исследователей рассеянного склероза (РОКТРИМС), член общественных советов при Минздраве России, Россздравнадзоре. Практикующий врач.

BETALIFE.RU

ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПОРТАЛ

BIOCAD
Biotechnology Company

Программа BETALIFE создана при поддержке компании BIOCAD
198515, Санкт-Петербург, п.Стрельна, ул.Связи, 34-А
+7 (812) 380-49-33 \ Факс: +7 (812) 380-49-34

Информация программы не должна использоваться для самостоятельной диагностики и лечения, и не может быть заменой очной консультации врача.

Не для продажи. Распространяется для некоммерческого использования в качестве вспомогательной информационной литературы по различным медикаментозным аспектам заболевания.
Не является рекламой.