

**Заболеваемость,
инвалидность населения.
Общие положения
регистрации.**

**Климантова Ирина Петровна,
ведущий специалист по медицинской статистике,
МБУ ЗОТ «КМИАЦ»**

2012

**Заболееваемость населения.
Методы изучения.
Общие положения
регистрации.**



Здоровье человека — это гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными свойствами,

а **болезнь** — нарушение этой гармонии.

По определению ВОЗ **заболевание** — это любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма

**Заболеваемость (первичная
заболеваемость, частота вновь
выявленных заболеваний)**

**– частота ранее нигде не
зарегистрированных и впервые в
данном году выявленных заболеваний
среди населения обратившегося за
медицинской помощью)**

Болезненность (распространенность, частота всех болезней, общая заболеваемость)

– частота всех имеющихся среди населения заболеваний как впервые в данном году выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за помощью в данном году

**Патологическая пораженность
(заболеваемость по данным
медицинских осмотров)**

**– совокупность болезней и
патологических состояний,
выявленных при профилактических
осмотрах**

Накопленная заболеваемость – все случаи зарегистрированных заболеваний за ряд лет.

Истинная заболеваемость – сумма всех заболеваний, выявленных по данным обращаемости и при медицинских осмотрах в данном году.

Показатели заболеваемости используются:

- для комплексной оценки состояния здоровья населения
- для обоснования потребности в различных видах медицинской помощи и ресурсах (кадрах, койках и др.)
- для обоснования планирования конкретных лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, оздоровительных мероприятий (территориальных, целевых программ, программ профилактики)
- для оценки деятельности ЛПУ (анализа объемов, качества и эффективности), в том числе экономической
- при разработке территориальных программ ОМС, формировании муниципальных заказов на медицинскую помощь
- при расчете страховых взносов и платежей за отдельные группы населения, при распределении финансовых средств участников системы ОМС

В статистике заболеваемости принято выделять
заболеваемость по данным:

1) обращаемости за медицинской помощью:

- а) общую заболеваемость;
- б) инфекционную заболеваемость;
- в) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- г) госпитализированную заболеваемость;
- д) заболеваемость с временной утратой трудоспособности;

2) медицинских осмотров;

3) причин смерти

4) причин инвалидизации населения

5) выборочных исследований отдельных групп, популяций

Методика изучения общей заболеваемости

Общая заболеваемость – это совокупность заболеваний (острых и хронических), по поводу которых население впервые обратилось в данном году в амбулаторно-поликлинические учреждения. Изучение общей заболеваемости проводится по данным амбулаторно-поликлинических учреждений. Данные общей заболеваемости необходимы для полной характеристики здоровья населения.

Единицей наблюдения является первичное обращение пациента к врачу по поводу конкретного заболевания в данном календарном году. Основным учетным документом является «**Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов**» (ф. 025).

При анализе заболеваемости по данным обращаемости следует помнить, что она зависит от обращаемости населения за медицинской помощью. На обращаемость, в свою очередь, оказывают влияние доступность медицинской помощи, медицинская активность населения, материальное благосостояние, квалификация врачей и другие факторы.

Методика изучения инфекционной заболеваемости

Инфекционная заболеваемость – частота всех случаев инфекционных заболеваний, зарегистрированных у населения в течении определенного периода времени.

Единицей наблюдения служит каждый случай зарегистрированного инфекционного заболевания за определенный период времени, переданный в районные или городские центры санэпиднадзора (ЦСЭН).

Учетными документами являются «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025), Журнал регистрации экстренных извещений форма № 060 /у, а также «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у), которое заполняется врачами или средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений всех ведомств и в течение 12 ч передается в ЦСЭН.

Методика изучения важнейших неэпидемических заболеваний

Организация специального учета таких важнейших неэпидемических заболеваний, как туберкулез, венерические заболевания, микозы (трихофития, микроспория, фавус, чесотка), трахома, злокачественные новообразования и психические заболевания, связана с тем, что они требуют раннего выявления, всестороннего обследования больных, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения и специального лечения, а в ряде случаев – и выявления контактов.

Учетный документ - «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у) или «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у).

При углубленном изучении инфекционной заболеваемости анализируются сезонность, частота выявленных бактерионосителей, эффективность профилактических прививок и иное, что дает возможность врачам разработать необходимые мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями.

Методика изучения госпитализированной заболеваемости

Госпитализированная заболеваемость – частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год на 1000 населения

Единицей наблюдения служит случай основного заболевания выбывшего больного из стационара (выписанного или умершего).

Учетным документом – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у), которая составляется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у)

По показателям госпитализированной заболеваемости нельзя судить о распространенности того или иного вида патологии, однако они дают представление о наиболее тяжелой патологии, характере и объеме медицинской помощи, продолжительности и исходах лечения.

Методика изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) — это частота всех случаев (дней) утраты трудоспособности вследствие заболевания, травмы либо других медицинских проблем, связанных со здоровьем, среди отдельных групп работающего населения.

Единицей наблюдения является каждый законченный случай ВН в течении года у работающего в связи с заболеванием или травмой.

Каждый случай утраты трудоспособности регистрируется «Листком нетрудоспособности» ф. 095у, который выдается не только при заболеваниях и травмах, но и при уходе за больными, при беременности родах, карантине, протезировании, санаторно-курортном лечении, а также «Книга регистрации листков нетрудоспособности» ф. 036/у.

Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих указывает на уровень заболеваемости рабочих. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих зависит от многих факторов, влияющих на длительность нетрудоспособности, и характеризует тяжесть заболевания.

Методика изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров

Медицинские (профилактические) осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающейся в активном обследовании населения с целью раннего выявления заболеваний.

Медицинские осмотры разделяют на:

- предварительные;
- периодические;
- целевые
- профессиональные
- скрининг

Методика изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров

Все контингенты, подвергаемые предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на три группы:

- 1) работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с неблагоприятными производственными факторами;
- 2) работники пищевых, детских и некоторых коммунально-бытовых учреждений, которые при поступлении на работу и впоследствии через определенные сроки проходят бактериологическое обследование для выявления инфекционных болезней или бациллоносительства, поскольку могут стать источником массового заражения;
- 3) дети, подростки, учащиеся ПТУ и средних специальных учебных заведений, студенты очной формы обучения.

Методика изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров

Предварительные медицинские осмотры позволяют определить соответствие состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявить заболевания, которые могут обостриться и прогрессировать в условиях работы с неблагоприятными факторами профессионального характера или в процессе учебы.

Периодические медицинские осмотры проводят для выявления ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с неблагоприятными факторами, связанными с профессиональной деятельностью, представляет опасность для здоровья.

Методика изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров

Целевые медицинские осмотры - раннее выявление ряда заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней органов кровообращения, дыхания, гинекологических заболеваний и др.) при одномоментных осмотрах в организованных коллективах или при осмотре всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ).

Профессиональные – выявление определенных нарушений здоровья и болезней, связанных с профессией

Скрининг – массовое обследование населения и выявление лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в :

- 1) «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у) для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры;
- 2) «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у);
- 3) «Истории развития ребенка» (ф. 112/у);
- 4) «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у) для школ, школ-интернатов, детских домов, детских садов, яслей-садов;
- 5) «Медицинской карте студента вуза, учащегося среднего специального учебного заведения» (ф. 025-3/у);
- 6) «Карте учета диспансеризации» (ф. 131/у) для всех лиц, проживающих, учащихся, посещающих детские дошкольные учреждения в районе деятельности поликлиники, работающих на предприятиях и проходящих ежегодные медицинские осмотры;
- 7) «Карте профилактически осмотренного с целью выявления» (ф. 047/у) – служит для регистрации целевых осмотров, проводимых с целью раннего выявления отдельных форм и групп заболеваний. Карта не заполняется на лиц, подлежащих периодическим осмотрам, так как целевые осмотры этих контингентов проводятся одновременно с периодическим осмотром (присоединяются к нему) и регистрируются в ф. 046/у;
- 8) «Списке лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. 048/у), который заполняется вместо ф. 047/у в небольших лечебно-профилактических учреждениях, где нецелесообразно создание специальных картотек осмотренных.

Методика изучения заболеваемости по данным о причинах смерти

Заболеваемость по данным о причинах смерти – частота случаев заболеваний, выявленных среди умерших и послуживших причиной смерти

Единицей наблюдения при изучении этого вида заболеваемости является каждый случай смерти в данном году.

Учетными документами являются: «Медицинское свидетельство о смерти» ф. 106/у-08 и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» ф.106/у-08.

При учете заболеваемости населения по данным о причинах смерти выявляются наиболее тяжелые заболевания, закончившиеся летальным исходом. Изучение причин смерти позволяет установить не только характер и тяжесть заболевания, но также недостатки в организации медицинской помощи населению.

Общие положения регистрации заболеваний

Правила учета заболеваний (методические рекомендации для медицинских статистиков и практикующих врачей) И.В. Виблая, Л.Я. Вдовина, Е.А.Федосова

1. Учету подлежит каждый случай заболевания по поводу которого пациент обращается в ЛПУ в течение года.
2. Регистрация заболеваний производится: в медицинской амбулаторной карте (текущая запись и в лист уточненных диагнозов) и персонифицированной базе данных АСУ «Поликлиника».
3. При регистрации заболеваний необходимо отличать первичность и характер заболевания.
4. Первичность заболевания дифференцируется так: 1 – «впервые выявленное заболевание»; 2 – «ранее известное заболевание».
5. По характеру заболевание может быть «острое» или «хроническое».

Общие положения регистрации заболеваний (продолжение)

6. «Впервые выявленное заболевание - 1» может быть как острым, так и хроническим.
7. «Ранее известное заболевание – 2» может быть только хроническим.
8. Для острых заболеваний (например, грипп, травма, ангина и т.п.) каждое повторное заболевание является новым случаем.
9. Хронические заболевания (гипертония, язвенная болезнь и др.) рассматриваются как один случай, независимо от повторных обращений в ЛПУ в течение года.
10. Первичным обращением принято считать: для острых заболеваний - каждое обращение по данному заболеванию, для хронических заболеваний – первое обращение по поводу данного заболевания в текущем году.

Правила регистрации острых заболеваний и травм

1. Острые заболевания или травмы могут возникать несколько раз в году.
2. Учету подлежит каждый новый случай острого заболевания и травмы – диагноз уточняется признаком первичности 1 - впервые выявленное заболевание».
3. Возникновение нового случая острого заболевания может быть зарегистрировано только после выздоровления от предыдущего.
4. Для исключения гиперучета случаев регистрации острых заболеваний необходимо ориентироваться на период времени, в течение которого (после выздоровления от предыдущего заболевания) маловероятно возникновение нового случая с этим же диагнозом (скорее речь идет о продолжении недолеченного случая).

**Период времени, в течение которого
не регистрируется новое острое заболевание по классу болезней
органов дыхания с однозначным кодом МКБ (до подрубрики)**

Наименование групп заболеваний	Коды МКБ	Период малой вероятности нового возникновения этого же заболевания
Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	J00 - J06.9	3 дня
Грипп	J10 - J11.8	21 день
Пневмония	J12 - J18.9	21 день
Др.острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	J20 - J22.9	21 день
Др.болезни верхних дыхательных путей	J39 - J39.9	10 дней
Астматический статус	J46	10 дней
Пневмоторакс. Другие поражения плевры	J93 - J94.9	21 день
Респираторные нарушения после мед. процедур, не классифицированные в других рубриках	J95 - J95.9	21 день
Дыхательная недостаточность, не классифицированная в других рубриках.	J96 - J96.9	21 день
Другие респираторные нарушения	J98 - J99.8	21 день

Правила регистрации хронических заболеваний

1. Хроническое заболевание возникает один раз в жизни.
2. В первый год выявления хроническое заболевание регистрируется с признаком первичности 1 – «впервые выявленное заболевание».
3. В следующие годы хроническое заболевание регистрируется ежегодно при первом получении медицинской помощи по этому поводу - с признаком первичности 2 – «ранее известное заболевание».
4. Таким образом, факт регистрации хронического заболевания в течение года может быть только один: либо с признаком первичности 1 - «впервые выявленное заболевание», либо 2 – «ранее известное заболевание».

Правила регистрации хронических заболеваний

Гиперучетом (двойным учетом) хронических заболеваний считается:

- если в течение года одно и то же заболевание зарегистрировано сначала с признаком первичности 1 – «впервые выявленное заболевание», затем с признаком первичности 2 - «ранее известное заболевание»
- если в течение года одно и то же заболевание зарегистрировано сначала с признаком первичности 2 – «ранее известное заболевание», затем с признаком первичности заболевания 1 - «впервые выявленное заболевание»;
- если в течение года одно и то же заболевание зарегистрировано 2 раза с признаком первичности 2 – «ранее известное заболевание»;
- если в течение года одно и то же заболевание зарегистрировано 2 раза с признаком первичности 1 – «впервые выявленное заболевание».

Собираемая информация о составе зарегистрированных заболеваний у лиц, обратившихся за медицинской помощью, не столько должна использоваться для оценки распространенности патологии, а быть **основой аналитической работы по оценке качества и адекватности современным представлениям о медицинской помощи обратившимся больным и совершенствованию ее** в соответствии с мировыми достижениями в диагностике, лечении и экономическими возможностями страны.

Важно получение полноценных сведений о составе и характере заболеваний, зарегистрированных у лиц, обратившихся в медицинские учреждения, т.е. **фактически данные зарегистрированной заболеваемости являются оценкой спроса на медицинские услуги, а деятельность медицинских учреждений, объем медицинской помощи - количественными (а в ряде случаев и качественными) характеристиками удовлетворения спроса населения на медицинскую помощь.**

Инвалидность населения. Общие положения регистрации



- Развитие учения об инвалидности в России получило начало в первые годы XX столетия в работах Н.А.Вигдорчика, К.И. Барышникова, Р.М.Гладштейна, Н.А.Альбова, М.Б.Зельдес, Ф.Менделеевой, М.И.Райского и др.
- Первоначально применение врачебной экспертизы было введено для узкого круга военных лиц и находилось в ведении судебных медиков. После издания закона 1903 г. об ответственности предпринимателей за увечье рабочих возникла страховая экспертиза трудоспособности. Однако специального, утвержденного законом органа экспертизы не существовало.
- В первые годы после революции постепенно налаживался учет болезненного состояния инвалидов: ставился медицинский диагноз и определялась группа инвалидности. Первоначально советская врачебная экспертиза пользовалась процентной системой классификации инвалидности. В 1921 г. эта классификация была заменена так называемой рациональной шестигрупповой классификацией инвалидности. В 1932 г. число групп было сведено до трех и произошла реорганизация бюро врачебной экспертизы во врачебно-трудовые экспертные комиссии.

- В соответствии с Инструкцией Минздрава СССР от 4 августа 1956 г. инвалидность расценивалась "как стойкое нарушение общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы". Следовательно, дети до 16 лет не могли быть признаны инвалидами. 14 декабря 1979 г. вышел Приказ Минздрава СССР N 1265 "О порядке выдачи медицинского заключения на ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет".
- В современных условиях происходит последовательное расширение контингента лиц с ограниченными возможностями: от прежних жестких критериев стойкой утраты трудоспособности из-за болезни у экономически активной части населения - инвалидов, до более широкой, еще недостаточно четко устоявшейся группы населения с ограниченными возможностями как в повседневной жизни, учебе, так и в производственной деятельности, поддержании социально активной жизни.
- С изменением критериев меняются размеры и состав контингентов инвалидов либо лиц с ограниченными возможностями.

Состояние инвалидности указывает на критический уровень общественного здоровья. В России в настоящее время ежегодно более 300 тыс. человек впервые признаются инвалидами.

В структуре первичной инвалидности инвалиды составляют примерно

I группы - 7%

II группы - 55%

III группы - 38%

По возрасту впервые вышедшие на инвалидность распределяются следующим образом:

10 – 15% – лица пенсионного возраста,
85 – 90% – трудоспособное население.

В структуре инвалидности по причинам:

1-е место занимают **болезни сердечно-сосудистой системы** (более **30%**),

2-е место – **злокачественные новообразования** (около **20%**),

3-е место – **травмы** (около **15%**).

Распространенность детской ИНВАЛИДНОСТИ

США — 12,8 - 23,5%

Саудовской Аравии — 6,3 - 9,9%

в Китае — 4,9%

РФ — 1,5 - 2,5 - 4,5

в Великобритании — 2,6%

В Российской Федерации с 1980 по 2009г
увеличилась **в 12 раз**

Распространенность детской инвалидности

Уровень детской инвалидности в России –
200,8 на 10 тыс. детей от 0 до 17 лет.

Наибольшее число детей-инвалидов
приходится на возраст 10-14 лет (47%)

Среди детей-инвалидов больше мальчиков –
57,7%.

Структура

инвалидности детей от 0 до 17 лет

62% - 69% занимают классы:

- ✓ болезни центральной нервной системы
- ✓ психические расстройства
(умственная отсталость - более 70%)
- ✓ врожденные аномалии развития.

Структура ИНВАЛИДНОСТИ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Ранговое место	0-4 лет	5-9 лет	10-14 и 15-17 лет
I место	врожденные аномалии развития	болезни нервной системы	психические расстройства
II место	болезни нервной системы	психические расстройства	болезни нервной системы
III место	психические расстройства	аномалии развития и болезни глаз	врожденные аномалии развития

Инвалид

– человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его защиты.

ФЗ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», статья 1

Инвалидность

- это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Первичная инвалидность - число лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ) в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в течение года.

Повторная инвалидность - число лиц, переосвидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в течение года и повторно признанных инвалидами (ППИ).

Общая инвалидность по обращаемости в БМСЭ - это число первично и повторно признанных инвалидов (сумма ВПИ и ППИ) в отчетном году.

Социальная недостаточность

– социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной защиты

Ограничение жизнедеятельности

- полная или частичная утрата
возможности обслуживать себя,
самостоятельно передвигаться,
ориентироваться,
контролировать свое поведение и
заниматься трудовой
деятельностью

ФЗ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», статья 1

К основным критериям жизнедеятельности человека, которые ограничивает инвалидность относятся способность:

- к самообслуживанию;
- к самостоятельному передвижению;
- к ориентации;
- к общению;
- контролировать свое поведение;
- к обучению;
- к трудовой деятельности.

Основные виды нарушений функций организма человека

1. **нарушения психических функций** (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
2. **нарушения языковых и речевых функций** (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);
3. **нарушения сенсорных функций** (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

продолжение

4. **нарушения статодинамических функций** (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
5. **нарушения функций** кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
6. **нарушения, обусловленные физическим уродством** (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Степени выраженности нарушения функций организма:

1 степень - незначительные нарушения,

2 степень - умеренные нарушения,

3 степень - выраженные нарушения,

4 степень - значительно выраженные нарушения.

Классификация инвалидности основывается на двух основных понятиях:

- 1) степени утраты трудоспособности (3 группы инвалидности);
- 2) причинах утраты трудоспособности (6 причин инвалидности).

Тяжесть инвалидности может быть различной – от ограничения трудоспособности по основной специальности и переводу на более легкий труд до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности.

В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности различают три группы инвалидности.

Группы инвалидности

I группа инвалидности устанавливается:

- 1) лицам, у которых вследствие стойких и тяжелых нарушений функций организма наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в повседневном, систематическом уходе, помощи или надзоре;
- 2) в некоторых случаях – лицам, имеющим стойкие, резко выраженные функциональные нарушения и нуждающимся в постороннем уходе или помощи, но которые могут быть привлечены и приспособлены к отдельным видам трудовой деятельности в особо организованных условиях (работа на дому, специальные производства, рабочие приспособления и др.).

II группа инвалидности устанавливается:

- 1) лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушения функций организма, но не нуждающимся в постоянном постороннем уходе, помощи или надзоре;
- 2) лицам, которым все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности;
- 3) лицам с тяжелыми хроническими заболеваниями, с комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата и значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них условиях.

III группа инвалидности устанавливается:

- 1) при необходимости перевода по состоянию здоровья на работу по другой профессии (специальности) более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу по прежней профессии (специальности);
- 2) при необходимости по состоянию здоровья значительных изменений условий работы по своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации;
- 3) при значительном ограничении возможности трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у работающих лиц или ранее не работавших;
- 4) независимо от выполняемой работы при анатомических дефектах или деформациях, влекущих за собой нарушения функций и значительные затруднения при выполнении профессионального труда;
- 5) лицам, которые не допускаются к выполнению своей работы по эпидемиологическим показаниям (например, при туберкулезе).

Для динамического наблюдения за состоянием здоровья и трудоспособности инвалиды I группы проходят освидетельствование через 2 года, а инвалиды II и III групп – через год.

При тяжелых заболеваниях и при отсутствии перспективы улучшения клинического и трудового прогнозов группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования.

Бессрочно группа инвалидности устанавливается лицам, достигшим пенсионного возраста, а также инвалидам I и II групп, которым за последние 15 лет группа инвалидности не изменялась или была установлена более высокая группа.

Инвалидность классифицируется не только по степени утраты или ограничения трудоспособности, но и в зависимости от причин, приведших к ней.

В зависимости от причины инвалидности законодательство устанавливает размер пенсий, объем и характер других видов социальной помощи, а именно:

Инвалидность вследствие общего заболевания

устанавливается в тех случаях, когда потеря или ограничение трудоспособности наступили в период трудовой деятельности, учебы или после прекращения трудовой деятельности. Установление этой причины означает, что заболевание, повлекшее за собой инвалидность, не относится к числу профессиональных заболеваний. Если травма, явившаяся причиной инвалидности, не связана с производством или выполнением общественных или государственных обязанностей, а получена в быту, на улице, на отдыхе, то причина инвалидности устанавливается как общее заболевание.

Инвалидность вследствие профессионального заболевания устанавливается в тех случаях, когда воздействие профессионального фактора явилось определяющим этиологическим моментом в развитии заболевания и последующей инвалидности, когда исключается влияние на развитие данного заболевания других факторов, не связанных с условиями труда (таких как инфекция, бытовые условия и др.). Помимо этого, инвалидность вследствие профессионального заболевания устанавливается при его осложнениях или когда профзаболевание существенно отразилось на течении имевшегося ранее заболевания непрофессиональной этиологии.

Инвалидность вследствие трудового увечья как причина инвалидности устанавливается в случаях, когда травма, приведшая к ней, произошла при обстоятельствах, прямо или косвенно связанных с производством, и была расценена как несчастный случай на производстве, а также при выполнении долга гражданина РФ.

Инвалидность с детства устанавливается в тех случаях, когда она наступила в результате врожденных болезней, заболеваний и травм в возрасте до 16 лет (у учащихся – до 18 лет) и до начала трудовой деятельности.

Инвалидность до начала трудовой деятельности устанавливается в тех случаях, когда заболевание или травма возникли в возрасте старше 16 лет (у учащихся – старше 18 лет), но до начала трудовой деятельности.

Инвалидность у бывших военнослужащих

К категории

«ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ»

относятся дети до 16 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты



ФЗ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», статья 1

Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 247 г. Москва «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом»



Медико-социальная экспертиза

- это определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма

Учреждения медико-социальной экспертизы

- Медико-социальные экспертные комиссии (МСЭК, бюро МСЭ) - первичное звено
- Территориальные центры (главные бюро) МСЭ - высшее звено
- Аппарат управления

Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. № 805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»

Функции учреждений МСЭК

1. Установление наличия инвалидности, определение ее тяжести, сроков, причин и времени наступления первичной инвалидности;
2. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности;
3. Определение нуждаемости инвалидов в медико-социальном обслуживании и в дополнительных видах помощи;

продолжение

4. Разработка индивидуальных программ реабилитации освидетельствуемых лиц и контроль за их выполнением;
5. Оказание консультативной помощи больным и инвалидам по социально-правовым вопросам;
6. Изучение состояния инвалидности и ее профилактика

На проведение МСЭ и определение инвалидности имеют право:

- Дети, работающие и неработающие взрослые, пенсионеры
- Военнослужащие, граждане, призванные на военные сборы, служащие органов внутренних дел, сотрудники учреждений исправительной системы и федеральных органов налоговой полиции
- Подозреваемые, обвиняемые и осужденные граждане
- Граждане, выехавшие на постоянное жительство за пределы РФ
- Граждане, прибывшие из государств ближнего зарубежья

Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»

Показания к направлению на МСЭ

1. Наличие стойких ограничений категорий жизнедеятельности (КЖД), вызванных стойким нарушением функций организма – последствий заболевания, травмы, отравления (для первичного освидетельствования)
2. Очевидный неблагоприятный или сомнительный клинико-трудовой прогноз вне зависимости от сроков ВН, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала (для первичного освидетельствования)
3. Продление ВН более 10 месяцев (в отдельных случаях более 12 месяцев при благоприятном или относительно благоприятном прогнозе (для долечивания)

продолжение

4. Очередное переосвидетельствование инвалида
5. Необходимость досрочного переосвидетельствования инвалида при прогрессировании последствий заболевания, травмы, отравления и ухудшении клинико-трудового прогноза (для усиления группы инвалидности или степени ОСТД)
6. Необходимость изменения трудовых рекомендаций программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинико-трудового прогноза независимо группы инвалидности и сроков ВН

продолжение

7. Необходимость трудоустройства или направления на профессиональное обучение при ВН менее 4 месяцев с благоприятным клиническим прогнозом по трудовому прогнозу (по факту профнепригодности в основной профессии и невозможности трудоустройства по ВК)
8. Наличие признаков утраты профессиональной трудоспособности в % при последствиях производственной травмы или профессионального заболевания

При наличии показаний к направлению больного на медико-социальную экспертизу (МСЭ) ЛПУ оформляют «Направление на МСЭ» (ф. 088/у). В бюро МСЭ заполняются следующие документы: «Акт освидетельствования в МСЭ», «Книга протоколов заседаний МСЭ», «Статистический талон к акту освидетельствования в МСЭ», ежегодно составляется отчет по ф. 7.

Подробную статистическую информацию о составе лиц, впервые вышедших и находящихся на инвалидности, о характере заболеваний и причинах инвалидности можно получить при предъявлении «Акта освидетельствования в МСЭ» или «Статистического талона к акту».

Порядок освидетельствования

1. Освидетельствование граждан в учреждениях МСЭ проводится по месту жительства или месту лечения при наличии направления ЛПУ
2. ЛПУ заполняет специальный документ - «Направление на медико-социальную экспертизу» (ф. № 088/у-97)
3. Данные решения МСЭК заносятся в протокол и «Акт освидетельствования МСЭК», которые подписываются всем составом комиссии и заверяются печатью МСЭК

продолжение

4. МСЭК направляет в соответствующее ЛПУ «Извещение ЛПУ о заключении МСЭК»
5. Если больной признан инвалидом, ему выдается справка установленной формы и дается заключение о нуждаемости в мерах социальной защиты. Группа инвалидности и дата ее установления отмечаются в листке нетрудоспособности
6. Если больной не признан инвалидом, ему выдается справка произвольной формы
7. Выписка из акта освидетельствования лиц, признанных инвалидами, направляется в органы пенсионного обеспечения в 3-х дневный срок со дня установления инвалидности

Решение органа Государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти и органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (статья 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»)

_____ (наименование субъекта Российской Федерации)

_____ (наименование учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы)

С П Р А В К А серия **МСЭ-2004** № **0856500**
(выдается инвалиду)

_____ (фамилия, имя, отчество в дательном падеже)

Дата рождения _____

_____ (место жительства, при отсутствии места жительства – место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации (указываемое подчеркнуть)

установлена инвалидность _____

_____ (дата установления инвалидности)

-----*обратная сторона*-----

Группа инвалидности _____
(указывается прописью)

Причина инвалидности _____

Степень ограничения способности к трудовой деятельности _____
(указывается прописью)

Инвалидность установлена на срок до _____

Дата очередного освидетельствования _____

Дополнительные заключения _____

Основание: акт освидетельствования в учреждении Государственной службы медико-социальной экспертизы

№ _____ от « _____ » _____ 2000__ г.

Дата выдачи справки _____

Руководитель учреждения

Государственной службы

Медико-социальной экспертизы _____

_____ (подпись)

Показатели инвалидности

Уровень инвалидности - это распространенность инвалидов в населении

Первичная инвалидность :

$$\frac{\text{Число лиц впервые признанных инвалидов в году} \times 10\,000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Показатель детской инвалидности :

$$\frac{\text{Количество детей в возрасте 0-17 лет, признанных инвалидов в году} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность детей в возрасте 0-17 лет}}$$

Первичная инвалидность трудоспособного населения:

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидов труд.возр.} \times 10\,000}{\text{Численность населения трудоспособного возраста}}$$

Показатель первичной инвалидности относится к числу основных критериев оценки качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Данные показатели рассчитываются также по полу, возрасту, группам, причинам инвалидности и другим признакам.

Показатели инвалидности

Структура первичной инвалидности по заболеваниям :

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидов от заболевания}}{\text{Численность впервые признанных инвалидами в данном году}} \times 100$$

Данный показатель рассчитывается также по полу, возрасту, группам, причинам инвалидности и другим признакам.

Структура первичной инвалидности по группам инвалидности

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидов I (II, III) гр}}{\text{Численность впервые признанных инвалидами в данном году}} \times 100$$

Реабилитация инвалидов

- это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности

Приказ МЗ СР РФ от 29.11.2004 № 287

Цель реабилитации

- восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация

Виды реабилитации инвалидов :

- **медицинская** - направлена на восстановление нарушенных функций или проведение лечебных и корректирующих мероприятий, приспособляющих инвалида к жизни и общественно полезной работе: медикаментозное, оперативное лечение, сан-кур.лечение, протезирование и др.
- **психологическая** - направлена на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки
профессиональная – комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбор соответствующей профессии, обеспечение условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособление раб.места к имеющемуся дефекту и т.д.
- **социальная реабилитация** – система и процесс восстановления способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности

Социальная защита инвалидов

- система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

ФЗ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», статья 2

Критерии эффективности медицинской и профессиональной реабилитации

Полная реабилитация =
$$\frac{\text{Общее число инвалидов, признанных полностью трудоспособными}}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных МСЭК}} \times 100$$

Частичная реабилитация =
$$\frac{\text{Общее число признанных инвалидами III группы (из числа инвалидов I и II групп)}}{\text{Общее число инвалидов I и II групп, повторно освидетельствованных МСЭК}} \times 100$$

Критерии эффективности медицинской и профессиональной реабилитации

Показатель стабильности групп инвалидности = $\frac{\text{Общее число инвалидов, оставшихся в прежней группе (1,2,3 или суммарно во всех)}}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных в МСЭК}} \times 100$

Показатель утяжеления II группы инвалидности = $\frac{\text{Общее число инвалидов, переведенных в I группу (из числа инвалидов II группы)}}{\text{Общее число инвалидов II группы, освидетельствованных в МСЭК}} \times 100$

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

МБУ ЗОТ «КМИАЦ»

Тел. 796-788

Е-mail: [kipkip_kip @ivcgzo.nkz.ru](mailto:kipkip_kip@ivcgzo.nkz.ru)