

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет
Федеральное агентство по здравоохранению
и социальному развитию»**

**В. Ф. Олейниченко, В. Я. Ткачева,
О. В. Куделина, Р.М. Тахауов**

**Организация
медико-социальной помощи
инвалидам и лицам пожилого возраста
в Российской Федерации**

Под редакцией проф. С.М. Хлынина

Учебное пособие

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением по
медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в
качестве учебного пособия для системы послевузовского
профессионального образования врачей*

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2007

УДК 614.2:616]-058-036.865-053.9
ББК С587+Р11(2Рос)+Р.805
О 641

Олейниченко В. Ф., Ткачева В. Я., Куделина О. В., Р.М. Тахауов

О 641 Организация медико-социальной помощи инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации: учебное пособие / под ред. проф. С. М. Хлынина. – Томск: СибГМУ, 2007. – 83 с.

В настоящем пособии описаны система организации медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в Российской Федерации, структура и функции государственных внебюджетных социальных фондов и других организаций. Изложены законодательные и правовые основы, направленные на оказание помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам. Представлены данные о пенсионном страховании, как одном из видов социального страхования граждан, об организации социальной защиты инвалидов в Российской Федерации и их реабилитации, непрерывности медико-социальной помощи престарелым и инвалидам. Организация системы социальной поддержки граждан через субъекты социальной поддержки представлена на примере Томской области. В одном из разделов пособия названы причины инвалидности и меры по снижению уровня инвалидности в стране.

Пособие предназначено для слушателей системы послевузовского профессионального образования врачей.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей г. Новосибирска доктор медицинских наук, профессор **В. М. Чернышов**

Заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики Кемеровской государственной медицинской академии доктор медицинских наук, профессор **Г. Н. Царик**

Рекомендовано к изданию Объединенным Ученым Советом ФКПП и ФЭУЗ (протокол № 7 от 11.11.2006 г.) и Центральным Методическим Советом СибГМУ (протокол № 2 от 28.02.2007 г.)

©Сибирский государственный медицинский университет, 2007
©Олейниченко В. Ф., Ткачева В. Я., Куделина О. В., Тахауов Р.М., 2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
Глава 1 СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	7
1.1. Законодательство Российской Федерации по социальной защите инвалидов и лиц пожилого возраста	8
1.2. Законодательная база Федеральных органов государственной власти по оказанию медико-социальной помощи инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации	9
1.3. Законодательная база органов государственной власти субъектов РФ в области социальной защиты инвалидов и лиц пожилого возраста	11
Глава 2 СТРУКТУРНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ И ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	14
2.1. Гериатрические центры, их задачи, функции	14
2.2. Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы), её мощность, структура, функции ...	16
2.3. Отделение медико-социальной помощи как структурное подразделение для оказания долговременной медицинской помощи	17
2.4. Отделение ночного пребывания ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» г. Томска, основные его задачи и взаимодействие с другими учреждениями и организациями.....	18
Глава 3 ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГРАЖДАН ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ СУБЪЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ	21
3.1. Управление социальной защиты населения	21
3.2. Объединенная администрация Кировского и Советского округов г. Томска.....	21
3.3. Отдел социального обеспечения населения Кировского района г. Томска.....	22
3.4. Департамент федеральной государственной службы занятости населения по Томской области	22
3.5. Приемник-распределитель	23
3.6. Паспортно-визовая служба УВД	23
3.7. Муниципальное ЛПУ (МСЧ № 1)	23

Глава 4	МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	25
4.1.	Социальное обслуживание инвалидов и лиц пожилого возраста	27
4.2.	Государственный характер социальной поддержки лиц пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации	30
4.3.	Виды пенсионного обеспечения инвалидов и лиц пожилого возраста	32
Глава 5	ИНВАЛИДНОСТЬ, ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ И МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ	35
5.1.	Основные понятия и термины, применяемые при признании человека инвалидом.	37
5.2.	Меры медицинского характера по предупреждению уровня инвалидности	40
5.3.	Государственная служба медико-социальной экспертизы, ее задачи и функции	42
5.4.	Медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК). Порядок направления на МСЭК и ее основные функции	43
5.5.	Порядок установления степени утраты трудоспособности и группы инвалидности	46
5.6.	Виды инвалидности и сроки переосвидетельствования инвалидов	49
5.7.	Реабилитация инвалидов, основные понятия. Индивидуальные программы реабилитации инвалидов	54
5.8.	Основные этапы составления ИПР инвалидов	65
5.9.	Порядок реализации индивидуальной программы реабилитации...	67
5.10.	Обязанности органов социальной защиты населения по реабилитации ИПР	70
5.11.	Источники финансирования индивидуальных программ реабилитации инвалидов	71
	ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ уровня теоретических знаний и практических навыков по теме «Организация медико-социальной помощи инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации»	72
	ТЕСТЫ по теме «Организация медико-социальной помощи инвалидам и лицам пожилого возраста Российской Федерации»	74
	ЛИТЕРАТУРА	81

ВВЕДЕНИЕ

Социальная защита и медико-социальная помощь граждан пожилого возраста и инвалидов – один из основных конституционных принципов социально-правового государства.

В настоящем пособии изложены правовые основы организации медико-социальной помощи и социальной защиты нетрудоспособных граждан. Механизмом этой социальной защиты являются социальное страхование и социальная защищенность граждан пожилого возраста и инвалидов на основе Закона РФ об охране здоровья граждан, Конституции РФ, Закона «О пенсионном обеспечении граждан и пенсионном страховании в РФ», Закона № 122 ФЗ от 02.08.1995 г. «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» и других законодательных актов.

В пособии даны основные понятия и определения отдельных видов и многих элементов систем социальной защиты и социального обеспечения граждан пожилого возраста и инвалидов. В пособии доступно и подробно описаны система социальной защиты и медико-социальная помощь, функции и структура, преемственность государственных учреждений, обеспечивающих эти виды помощи в РФ. В схемах представлены структуры учреждений по оказанию помощи и социальной защите граждан пожилого возраста и инвалидов. Описан определенный нормативными актами порядок оказания медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов, организации оказания медико-социальных услуг и реабилитации нетрудоспособных граждан. Указан практически полный перечень медико-социальных услуг, в том числе индивидуальных программ реабилитации инвалидов, социальной защиты нетрудоспособных граждан. На примере Томской области представлена организация системы социальной поддержки граждан через субъекты социальной поддержки.

Авторы выражают надежду, что настоящее пособие поможет курсантам факультета повышения квалификации и последипломной подготовки специалистов глубоко изучить и понять систему медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в России и ознакомиться с механизмом реализации прав граждан пожилого возраста и инвалидов, их социальной защиты и социальной поддержки.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МСЭК	– медико-социальная экспертная комиссия
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
СМО	– страховая медицинская организация
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
МЗ	– Министерство здравоохранения
РФ	– Российская Федерация
ФЗ	– Федеральный закон
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ДМС	– добровольное медицинское страхование
ТК	– трудовой кодекс
ГК	– гражданский кодекс
ГПК	– гражданско-процессуальный кодекс
ЗоЗПП	– Закон РФ «О защите прав потребителей»
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
МОТ	– Международная организация труда
МАСО	– Международная ассоциация социального обеспечения
ОГУ	– областное государственное управление
КЦСПЛ БОМЖ	– Комплексный центр социальной помощи лицам без определенного места жительства
ФГУ ФБ МСЭ	– Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минздравсоцразвития РФ г. Москвы
ВПИ	– впервые признанные инвалиды
БСК	– болезни системы кровообращения
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ЦВБ	– цереброваскулярные болезни
ВВК	– военно-врачебная комиссия
ОВВК	– окружная военно-врачебная комиссия
ЦВВК	– центральная военно-врачебная комиссия

Глава 1

СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Право на социальное обеспечение закреплено в Конституции РФ от 12 декабря 1993 г., которая провозгласила, что Российская Федерация является социальным государством, его политика направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ст. 7 Конституции РФ).

Конкретизация этого положения содержится в ст. 39 Конституции РФ. Признавая право каждого гражданина на социальное обеспечение, Конституция РФ одновременно возлагает на государство обязанность создавать все необходимые условия для осуществления этого права. Закрепление в Конституции РФ гарантий социального обеспечения соответствует положениям таких международных правовых актов, как Всеобщая декларация прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Конвенция о правах ребенка.

Часть 1 ст. 39 Конституции РФ перечисляет условия, наступление которых является основанием для социального обеспечения. Это могут быть определенные периоды жизни человека, связанные с его возрастом (детство, старость), состояние здоровья или трудоспособности (болезнь, инвалидность), выполнение либо невозможность выполнения семейных обязанностей (воспитание детей, потеря кормильца). Социальное страхование выступает и в случае приобретения статуса безработного, и во время пребывания в отпуске по беременности и родам или по уходу за ребенком и др.

В ст. 39 Конституции РФ говорится только о денежной форме социального обеспечения – о государственных пенсиях и социальных пособиях. Кроме денежных выплат, социальное обеспечение может осуществляться и в натуральных формах: содержание в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, детских домах, социальное обслуживание на дому и т. д.

1.1. Законодательство Российской Федерации по социальной

защите инвалидов и лиц пожилого возраста

Вопросы законодательного обеспечения социальной защиты инвалидов и реализации государственной социальной политики в отношении инвалидов рассматриваются Советом Федерации в числе наиболее острых проблем и приоритетных направлений современного развития социальной сферы в Российской Федерации.

Они затрагивают жизненно важные интересы около 11 млн граждан России, являющихся инвалидами, а также значительно большего числа членов их семей.

Следует отметить, что современная законодательная база социальной защиты инвалидов в Российской Федерации сформировалась под влиянием международно-правовых документов Организации Объединенных Наций.

ООН с начала своего существования проявляла озабоченность проблемами инвалидов, как наиболее уязвимой и наименее защищенной части общества. Главным приоритетом государственной политики в отношении инвалидов была провозглашена политика их интеграции в общество. В 1982 году Генеральная Ассамблея ООН приняла Всемирную программу действий в отношении инвалидов и в соответствующей резолюции провозгласила Десятилетие инвалидов ООН. Основным международным документом, объединившим существующие резолюции и другие правовые документы о жизни инвалидов, стали принятые Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов». Правила, в свою очередь, базировались на Билле о правах человека, Пакте об экономических, социальных и культурных правах, Конвенции о правах ребенка, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Всемирной программе действий в отношении инвалидов.

Правила дают конкретные рекомендации государствам о принятии мер по устранению препятствий, не позволяющих инвалидам реализовывать свои права и свободы, полноправно участвовать в общественной жизни. Странам рекомендовано обеспечивать углубление понимания в обществе проблем инвалидов, их прав, потребностей на национальном и местном уровнях. Они предписывают государствам признавать право инвалидов на объединения с целью представлять свои интересы на национальном и местном уровнях, закрепить статус организаций инвалидов при

разработке государственной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями. К основным направлениям деятельности государства Правила относят: определение потребностей и самых важных проблем инвалидов, планирование, реализацию и оценку услуг и мер, которые необходимо принять в сфере социальной адаптации инвалидов.

Многие положения Правил нашли отражение в принятом в 1995 году Федеральном законе Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». На базе этого закона приняты указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, нормативные документы министерств и ведомств.

Если международным договором (соглашением) Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные Федеральным законом, то применяются правила международного договора (соглашения).

Ситуация требовала упорядочить социальные обязательства государства перед своими гражданами, и в связи с этим появился ФЗ от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». В данном законе отмечено, что «права граждан на социальную защиту не могут быть снижены», а «условия предоставления льгот не могут быть ухудшены».

1.2. Законодательная база федеральных органов государственной власти по оказанию медико-социальной помощи инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации

К ведению федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов относятся:

1) определение государственной политики в отношении инвалидов;

2) принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ о социальной защите инвалидов (в том числе регулирующих порядок и условия предоставления инвалидам единого федерального минимума мер социальной защиты); контроль за исполнением законодательства РФ о социальной защите инвалидов;

3) заключение международных договоров (соглашений) РФ по вопросам социальной защиты инвалидов;

4) установление общих принципов организации и осуществление медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

5) определение критериев, установление условий для признания лица инвалидом;

6) установление государственных стандартов на социальные услуги, технические средства реабилитации, средства связи и информатики, установление норм и правил, обеспечивающих доступность для инвалидов среды жизнедеятельности; определение соответствующих сертификационных требований;

7) установление порядка аккредитации и лицензирования организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;

8) осуществление аккредитации и лицензирования предприятий, учреждений и организаций, находящихся в федеральной собственности, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;

9) разработка и реализация федеральных целевых программ в области социальной защиты инвалидов, контроль за их исполнением;

10) утверждение и финансирование федеральных базовых программ реабилитации инвалидов;

11) создание объектов реабилитационной индустрии, находящихся в федеральной собственности, и управление ими;

12) определение перечня специальностей работников, занятых в области медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, организация подготовки кадров в этой области;

13) координация научных исследований, финансирование научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по проблемам инвалидности и инвалидов;

14) разработка методических документов по вопросам социальной защиты инвалидов;

15) установление квот рабочих мест для инвалидов;

16) содействие в работе всероссийских общественных объединений инвалидов и оказание им помощи;

17) установление федеральных льгот, в том числе по налогообложению, организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, которые инвестируют

средства в сферу социальной защиты инвалидов, производят специальные промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, предоставляют услуги инвалидам, а также общественным объединениям инвалидов и находящимся в их собственности предприятиям, учреждениям, организациям, хозяйственным товариществам и обществам, уставный капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов;

18) установление федеральных льгот отдельным категориям инвалидов;

19) формирование показателей федерального бюджета по расходам на социальную защиту инвалидов;

20) установление единой системы учета инвалидов в РФ, в том числе детей-инвалидов, и организация на основе этой системы статистического наблюдения за социально-экономическим положением инвалидов и их демографическим составом.

1.3. Законодательная база органов государственной власти субъектов РФ в области социальной защиты инвалидов и лиц пожилого возраста

К ведению органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов относятся:

1) реализация государственной политики в отношении инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации;

2) принятие законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации о социальной защите инвалидов, контроль за их исполнением;

3) определение приоритетов в осуществлении социальной политики в отношении инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации с учетом уровня социально-экономического развития территории субъекта Российской Федерации;

4) создание предприятий, учреждений и организаций Государственной службы медико-социальной экспертизы, Государственной службы реабилитационной индустрии, осуществление контроля за их деятельностью;

5) аккредитация и лицензирование предприятий, учреждений и организаций, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации;

Федерации, осуществляющих деятельность в области реабилитации инвалидов;

6) участие в реализации федеральных программ в области социальной защиты инвалидов, разработка и финансирование региональных программ в указанной области;

7) утверждение и финансирование перечня реабилитационных мероприятий, осуществляемых на территориях субъектов Российской Федерации, с учетом социально-экономических, климатических и иных особенностей в дополнение к федеральным базовым программам реабилитации инвалидов;

8) создание и управление объектами в области социальной защиты инвалидов, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации;

9) организация и координация деятельности по подготовке кадров в области социальной защиты инвалидов;

10) координация и финансирование научных исследований, научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в области социальной защиты инвалидов;

11) разработка в пределах своей компетенции методических документов по вопросам социальной защиты инвалидов;

12) содействие в работе и оказание помощи общественным объединениям инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации;

13) установление льгот, в том числе по налогообложению, организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, инвестирующим средства в сферу социальной защиты инвалидов, производящим специальные промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, предоставляющим услуги инвалидам, а также общественным объединениям инвалидов и находящимся в их собственности предприятиям, учреждениям, организациям, хозяйственным товариществам и обществам, уставный капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов;

14) установление льгот инвалидам или отдельным категориям инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации;

15) формирование бюджетов субъектов Российской Федерации в части их расходов на социальную защиту инвалидов.

Федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации могут по согласованию передавать друг другу часть своих полномочий в области социальной защиты инвалидов.

Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Определение стойкой утраты трудоспособности и установление групп инвалидности является функцией МСЭК. В настоящее время МСЭК именуют «бюро медико-социальной экспертизы».

Организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности предоставляют инвалидам льготы по оплате лекарств, санаторно-курортного лечения; по транспортному обслуживанию, кредитованию, приобретению, строительству, получению и содержанию жилья; по оплате коммунальных услуг, услуг учреждений связи, предприятий торговли, культурно-зрелищных и спортивно-оздоровительных учреждений в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящий Федеральный закон сохраняет льготы, установленные инвалидам законодательством бывшего Союза ССР. Предусмотренные для инвалидов льготы сохраняются независимо от вида получаемых ими пенсий.

В случаях, если другими правовыми актами для инвалидов предусмотрены нормы, повышающие по сравнению с настоящим Федеральным законом уровень социальной защиты инвалидов, применяются положения этих правовых актов. Если инвалид имеет право на одну и ту же льготу по настоящему Федеральному закону и одновременно по другому правовому акту, льгота предоставляется либо по настоящему Федеральному закону, либо по другому правовому акту (независимо от основания установления льготы).

Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Споры по вопросам установления инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, предоставления конкретных мер социальной защиты, а также споры, касающиеся иных прав и свобод инвалидов, рассматриваются в судебном порядке.

Глава 2

СТРУКТУРНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ И ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Демографическая ситуация, сложившаяся в России и в большинстве экономически развитых стран мира, привела к росту в возрастной структуре населения удельного веса пожилых людей, что, в свою очередь, ведет к нарастанию не только социально-экономических, но и медико-организационных проблем. На фоне снижения компенсаторных возможностей организма с возрастом растет число хронических заболеваний, потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых людей в 2—4 раза, а в госпитализации – в 1,5—2 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста; существенно выше и среднее пребывание на койке.

Таким образом, указанные группы населения используют значительные ресурсы здравоохранения. Однако в прошлом система здравоохранения не учитывала эти факторы.

С целью повышения объема и качества оказания медицинской помощи лицам пожилого и престарелого возрастов, профилактики преждевременного старения в стране создана специальная гериатрическая служба. В настоящее время эта служба включает в себя гериатрические центры, гериатрические отделения многопрофильных больниц, отделения медико-социальной помощи.

2.1. Гериатрические центры, их задачи, функции

Гериатрические центры являются учреждениями здравоохранения и образуются в городах с численностью населения от 300 тыс. человек и более. Функции центра могут быть возложены на госпиталь ветеранов войн, гериатрическую больницу либо на многопрофильную больницу, в структуре которой есть гериатрические отделения. Центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и

старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения, а также обеспечения организационно-методического руководства деятельностью медицинских, медико-социальных учреждений и специалистов по вопросам оказания гериатрической помощи. В связи с этим центр решает следующие задачи:

- мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и медико-социальной помощи;

- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети, гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения;

- мониторинг выполнения государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования;

- участие в разработке региональных и территориальных программ по совершенствованию медицинской помощи и лекарственному обеспечению указанных категорий граждан;

- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения;

- подбор адекватных лекарственных и немедикаментозных методик лечения в различных возрастных группах;

- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации, адаптированных к применению у пожилых больных и лиц с признаками преждевременного старения;

- проведение санитарно-просветительной работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилых и обучение навыкам ухода за ними;

- оказание организационно-методической и практической помощи ЛПУ и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии; проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии;

- обеспечение взаимодействия с органами и учреждениями социальной защиты населения при решении медико-социальных вопросов.

В структуру центра входят гериатрические стационарные отделения различного профиля; консультативное отделение;

отделения диагностики; организационно-методический отдел; вспомогательные подразделения и службы.

В центре необходимо предусмотреть консультативный прием специалистов по социально-правовым вопросам и медицинской психологии. В штатах организационно-методического отдела центра могут быть предусмотрены должности социолога и оператора ЭВМ для более быстрого доступа информации. Врачебный и средний медицинский персонал центра должен иметь соответствующую подготовку по гериатрии.

2.2. Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы), её мощность, структура, функции

Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы) – учреждение (структурное подразделение) здравоохранения, организуемое в муниципальном образовании с численностью населения 50 тыс. человек и более.

Больница (отделение) предназначается для оказания плановой гериатрической, в том числе специализированной, стационарной медицинской помощи, а также долечивания и медицинской реабилитации после проведения курса интенсивного лечения в стационарах (отделениях) иного профиля, граждан пожилого и старческого возрастов и лиц с признаками преждевременного старения.

Задачи больницы:

- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пожилым гражданам и лицам с признаками преждевременного старения;
- оказание организационно-методической и практической помощи ЛПУ и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии; проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии.

В структуру больницы могут быть включены стационарные отделения различного профиля; консультативное отделение; отделения диагностики; организационно-методический отдел (кабинет); вспомогательные подразделения и службы.

2.3. Отделение медико-социальной помощи как структурное подразделение для оказания долговременной медицинской помощи

Отделение медико-социальной помощи является структурным подразделением амбулаторно-поликлинического учреждения (отделения), специализированного диспансера или медико-санитарной части, независимо от их организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности. Отделение организуется для оказания долговременной медицинской помощи (диагностической, лечебной и реабилитационной) и медико-социальной помощи, преимущественно на дому, больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию. Мощность отделения определяется из расчета не менее 250 обслуживаемых больных в течение года. Отделение выполняет следующие функции:

- в соответствии с назначениями лечащего врача организует и обеспечивает проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

- проводит санитарно-просветительную работу, оказывает содействие в социально-психологической адаптации лицам пожилого возраста, осуществляет обучение правилам пользования средствами реабилитации, реабилитационной техникой и приспособлениями, навыками ухода за пациентами;

- обеспечивает в пределах своей компетенции взаимодействие с территориальными органами и учреждениями социальной защиты населения, медико-социальными экспертными комиссиями, организациями и учреждениями здравоохранения.

В целом оптимизация медицинской и социально-медицинской помощи лицам пожилого и старческого возрастов возможна только при тесном взаимодействии органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты, совместном решении поставленных задач и интеграции ресурсов. При этом дополнительные возможности для организации медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возрастов появляются в результате реорганизации участковых больниц и организации на их базе учреждений гериатрического профиля и решения ими социальных задач.

2.4. Отделение ночного пребывания ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» г. Томска, основные его задачи и взаимодействие с другими учреждениями и организациями

Отделение ночного пребывания, входит в структуру Комплексного центра социальной помощи лицам без определенного места жительства (ОГУ «КЦСПЛБОМЖ г. Томска») и к числу основных его задач (схемы № 1, 2) относится предоставление ночлега лицам без определенного места жительства и занятий, в первую очередь из числа престарелых и инвалидов.

В соответствии с основной задачей для лиц указанной категории осуществляет:

- прием граждан по карточкам учета специального образца, установленного органами УВД Томской области;
- предоставление бесплатного временного ночлега сроком до 10 суток и не более 30 дней в году с предоставлением постельных принадлежностей, в исключительных случаях по решению комиссии срок пребывания продлевается до 60 суток в год;
- оказание доврачебной медицинской помощи;
- предоставление одноразового бесплатного питания (ужин);
- оказание помощи в оформлении пенсии;
- оказание помощи в оформлении документов в дома-интернаты инвалидам и лицам преклонного возраста;
- выдачу направлений на госпитализацию в ЛПУ (по заключению врача);
- направление в облтубдиспансер на флюорографическое обследование;
- временную регистрацию по месту пребывания в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» совместно с паспортно-визовой службой и в соответствии с инструкцией, утвержденной МВД РФ;
- оказание содействия во временном трудоустройстве совместно с департаментом федеральной службы занятости населения по Томской области;
- направление лиц, проживающих в отделении ночного пребывания, на выполнение общественных работ;
- предоставление социальных услуг (санитарная обработка, парикмахерские, юридические и др.).

При убытии проживавшего из ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» в карточке учета производится отметка об убытии.

**Комплексный центр социальной помощи лицам без
определенного места жительства
(ОГУ «КЦСПЛБОМЖ г. Томска»)**



ОГУ «КЦСПЛБОМЖ г. Томска» и его взаимодействие с другими учреждениями и организациями

Медицинские учреждения

Социальные учреждения

Иные учреждения

Томский городской центр дезинфекции

Центр занятости населения г. Томска

Страховая компания «Макс – М»

Поликлиника № 4

Дома-интернаты Томской области
Итатский дом милосердия

Управление исполнения наказаний Минюста России по Томской области

МСЧ № 1

Пенсионный отдел Октябрьского отдела

Региональное отделение Пенсионного фонда по Томской области г. Томска

Томский областной противотуберкулезный диспансер
Общество Красного Креста

Центры социального обслуживания объединенных округов г. Томска
ЦСО Томской области

Приют Матери Терезы

Томская областная клиническая психиатрическая больница

Наркологический диспансер

Религиозные конфессии

Томский областной кожно-венерологический диспансер

Паспортно-визовая служба Октябрьского района г. Томска

Лечебно-профилактические учреждения города и области

Глава 3

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГРАЖДАН ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ СУБЪЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

3.1. Управление социальной защиты населения

В ведение управления социальной защиты населения входят следующие функции:

- осуществляет проведение единой государственной и муниципальной политики в вопросах социальной защиты населения и соответственно реализует социальную политику органов местного самоуправления на территории г. Томска через отделы социальной защиты населения территориальных округов;
- осуществляет общее руководство и координацию деятельности ОГУ «КЦСПЛБОМЖ»;
- распределяет размеры оплаты труда директора через заключенный трудовой контракт;
- выявляет через учреждения, занимающиеся лицами без определенного места жительства и занятий, нуждающихся в помещении в данное учреждение;
- направляет в исключительных случаях в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» нуждающихся в ночлеге граждан, оказавшихся в экстремальной ситуации;
- взаимодействует с общественными организациями, сотрудничающими с ОГУ «КЦСПЛБОМЖ»

3.2. Объединенная администрация Кировского и Советского округов г. Томска

На отделы социальной защиты населения и социального обеспечения населения объединенной администрации возложены следующие функции:

- выдача талонов на горячее питание;
- выдача талонов в «Салон дареных вещей»;

- выдача талонов на фотообслуживание для оформления документов;
- выдача страхового медицинского полиса;
- выдача результатов флюорографического обследования;
- выдача направления в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» при наличии документа, удостоверяющего личность;
- выдача направления в ЛПУ МСЧ № 1 на стационарное лечение по направлению лечебного учреждения;
- оказание помощи в оформлении документов для получения пенсии;
- оказание помощи в оформлении в Дом престарелых или интернат инвалидам и лицам пожилого возраста;
- обмен базами данных с ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» ежемесячно до 10-го числа.

3.3. Отдел социального обеспечения населения Кировского района г. Томска

Отдел социального обеспечения населения Кировского района г. Томска для граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации без определенного места жительства и занятий:

- предоставляет консультацию в области пенсионного законодательства;
- принимает меры по назначению пенсий и пособий лицам без определенного места жительства, достигшим пенсионного возраста или инвалидам;
- осуществляет начисление и оформление документов на выплату пенсий и пособий указанной категории граждан.

3.4. Департамент федеральной государственной службы занятости населения по Томской области

Департамент федеральной государственной службы занятости населения по Томской области проводит государственную политику содействия занятости граждан, особо нуждающихся в социальной защите и испытывающих трудности в поиске работы.

В целях реализации государственной политики содействия занятости населения департамент осуществляет следующие функции:

- информирует администрацию ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» по вопросам трудоустройства;
- составляет по просьбе администрации ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» информацию о трудоспособных гражданах.

3.5. Приемник-распределитель

Приемник-распределитель в соответствии с поставленными задачами решает социальные проблемы лиц, оказавшихся в экстремальной ситуации, и осуществляет:

- содержание лиц, задержанных за бродяжничество, попрошайничество, за какие-либо правонарушения;
- определение личности направляемого в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ»;
- выдачу справок Ф-9 лицам, не имеющим документов, удостоверяющих личность;
- обмениваются информацией (базой данных) с ОГУ «КЦСПЛБОМЖ»;
- направление в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» лиц без определенного места жительства и занятий при наличии документа, удостоверяющего личность и результата флюорографического обследования.

3.6. Паспортно-визовая служба УВД

Паспортно-визовая служба УВД является самостоятельной службой, осуществляющей:

- обучение персонала ОГУ «КЦСПЛБОМЖ» оформлению регистрации граждан;
- выдачу спецпродукции, необходимой для осуществления регистрации граждан в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ»;
- контроль за правильностью регистрации граждан в ОГУ «КЦСПЛБОМЖ».

3.7. Муниципальное ЛПУ (МСЧ № 1)

Муниципальное ЛПУ (МСЧ № 1) осуществляет улучшение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и снижения риска вреда здоровью жителям города, а также оказания медицинской

помощи лицам без постоянного места жительства и занятий, попавшим в экстремальную ситуацию, МЛПУ МСЧ № 1;

- госпитализацию по медицинским показаниям лиц, имеющих на руках направление врача, фельдшера распределителя, медицинского работника ОГУ «КЦСПЛБОМЖ», специалиста отдела защиты населения;
- проведение анализов на наличие туберкулеза в лаборатории МЛПУ МСЧ № 1, поликлинике профосмотров;
- оказание нуждающимся по состоянию здоровья в дальнейшей доврачебной помощи;
- обмен информацией с ОГУ «КЦСПЛБОМЖ».

Противодействия или бездействие органов, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности, а также должностных лиц, повлекшие нарушения прав граждан, могут быть обжалованы в судебном порядке. Нарушение настоящего Положения влечет за собой ответственность в соответствии с законодательством РФ и Томской области.

Глава 4

МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Социальная защита – это сложная система, создаваемая с целью улучшения здоровья нации, решения социальных проблем ненасильственными методами. По определению Всемирной организации здравоохранения, *«здоровье – это состояние полного физического и социального благополучия человека, динамическое состояние ума, характеризующееся некоторой психической гармонией между спросом, потребностями и возможностями, которые предъявляет окружающая среда»*. Здоровье характеризуется рядом параметров, важнейшими из которых являются продолжительность жизни населения.

Социальная защита – система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих нуждающимся и инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная защита осуществляется в предоставлении нуждающимся гражданам льгот, выплате пособий и компенсаций. Предусмотрена денежная выплата взамен части льгот (сохраняется натуральная льгота для всех льготополучателей на жилищно-коммунальные услуги). Предоставление социальной помощи в денежной форме обеспечивает свободу потребительского выбора и адресное расходование бюджетных средств.

Социальная помощь – периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

Это оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведение социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Трудная жизненная ситуация – ситуация, объективно нарушающая жизненную деятельность гражданина (инвалидность, неспособность самообслуживания в связи с преклонным возрастом, болезнь, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Принципы социальной защиты и социальной помощи инвалидов и лиц пожилого возраста:

- адресность;
- доступность;
- добровольность;
- гуманность;
- приоритетность предоставления социальных услуг несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- конфиденциальность;
- профилактическая направленность.

Социальная защита инвалидов – это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограниченной жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в общественной жизни общества.

Основными формами социальной защиты инвалидов являются:

1. Материальное обеспечение – денежные выплаты (в виде пенсий, пособий, доплат к ним, компенсаций).
2. Натуральное обеспечение (предметами первой необходимости, в том числе питанием, одеждой, лекарствами, протезно-ортопедическими изделиями и средствами передвижения; вспомогательными техническими средствами социально-бытового, спортивного, культурного, информационного, производственного назначения).
3. Социальные услуги и льготы по их предоставлению (медицинская и протезно-ортопедическая помощь; воспитание и обучение инвалидов; профессиональная подготовка и трудовое устройство – обеспечение занятости; медико-социальная помощь и уход; социально-бытовое обслуживание; социально-психологическая помощь и поддержка).

4. Правовая защита инвалидов (защита прав и свобод, законных интересов инвалидов) обеспечивается государством; дискриминация инвалидов запрещается и преследуется по закону; виновные в нарушении прав, свобод и интересов инвалидов несут установленную законом ответственность.

Законодательной, нормативно-правовой основой системы социальной защиты инвалидов является обширный блок документов различного уровня. Они приняты на основе международных документов: «Декларация о правах инвалидов» (ООН, 1975); «Стандартные права обеспечения равных возможностей для инвалидов» (ООН, 1993) и др.

Система социальной защиты инвалидов в РФ формируется и осуществляется на базе следующих основных принципов:

- государственный характер обеспечения прав и гарантий предоставления необходимой помощи и защиты (социальная помощь и защита реализуются государством через соответствующие органы управления, специализированные учреждения, на закрепленной нормативно-правовой основе);
- комплексность мер социальной защиты и помощи и ее адресность (предоставление конкретной помощи с учетом индивидуальных потребностей), а также возможность замены форм и видов социальной защиты – их конвертируемость (например, предоставление денежной компенсации взамен услуг или реабилитационного средства);
- разграничение ответственности и компетенции в сфере социальной защиты на федеральном, региональном и местном уровнях, а также устойчивость формирования ресурсного, финансового обеспечения мер социальной помощи и защиты, использование различных источников финансирования;
- участие инвалидов в формировании государственной политики, нормативной базы и реализации конкретных мер социальной защиты (в частности, через общественные организации или представительство в органах власти).

4.1. Социальное обслуживание инвалидов и лиц пожилого возраста

Социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, которые устанавливают основные

требования к объему и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания. Эти стандарты утверждаются Правительством РФ и являются обязательными для социальных служб независимо от форм собственности на всей территории РФ.

Иностранные граждане и лица без гражданства пользуются в РФ тем же правом на социальное обслуживание, что и граждане РФ, если иное не установлено международными договорами.

Основные виды социального обслуживания:

- материальная помощь;
- социальное обслуживание на дому;
- социальное обслуживание в стационарных учреждениях;
- предоставление временного приюта;
- организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- консультативная помощь;
- реабилитационные услуги;

Социальное обслуживание осуществляется социальными службами как бесплатно, так и за плату, порядок оплаты определяется Правительством РФ.

Учреждения социального обслуживания (независимо от форм собственности)

- комплексные центры социального обслуживания населения;
- территориальные центры социальной помощи членам семей и детям;
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- социальные приюты для детей и подростков;
- центры психолого-педагогической помощи населению; центры экстренной психологической помощи по телефону;
- центры (отделения) социальной помощи на дому;
- дома ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты

для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками);

- геронтологические центры.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов в соответствии с Федеральным законом от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» и Федеральный Закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» и Федеральный Закон «О ветеранах» № 5 от 12.01.1995 г. в ред. доп. № 40 от 20.03.2000 г. и № 122 от 24.08.2004 г. включают в себя совокупность социальных услуг: уход, организация питания, содействие в получении медицинской помощи, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, помощи в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.).

Вся деятельность социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов строится на следующих **принципах**:

- соблюдение прав человека и гражданина;
- предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;
- обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступность для граждан пожилого возраста и инвалидов;
- преемственность всех видов социального обслуживания;
- ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;
- приоритет мер по социальной адаптации этих категорий граждан;
- ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов

Старческая немощь – это состояние, при котором человек в результате длительной хронической болезни становится неспособным выполнять повседневные функции, необходимые для нормальной самостоятельной жизни. Это состояние также называют «старческой жизненной несостоятельностью». В данном случае уже требуются постоянная опека и помощь своих близких, которые готовы за ним

ухаживать либо перейти на жительство в дом престарелых, особенно в тех случаях, когда у человека нет близких и родных.

Основные виды оказания помощи немощным старым людям:

- своевременное протезирование, применение слуховых аппаратов, ортопедической обуви, использование различных подручных средств и приспособлений;
- кинезотерапия, т. е. упражнения, позволяющие восстановить способность к передвижению и навыки самообслуживания;
- физиотерапия и водные процедуры;
- фармакотерапия, способствующая физической и психической реабилитации;
- рациональное питание (диета соответственно заболеванию);
- психотерапия;
- трудотерапия специально подобранными занятиями.

При этом используются методы:

- восстановления способности к передвижению у прикованных к постели старых людей пассивными методами (массаж, гимнастика) и активными; т. е. усилиями самих больных;
- ревитализация – это укрепление, повышение жизненных сил старого человека, улучшение функций отдельных органов, систем и общее биологическое омоложение. Она может проводиться в лечебно-профилактических учреждениях и в домашних условиях под врачебным наблюдением.

4.2. Государственный характер социальной поддержки лиц пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации

Социальная поддержка – одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности. Социальная поддержка населения – это не только и даже не столько льготы, сколько система качественных и доступных социальных услуг. Для граждан, нуждающихся в социальной поддержке, эти услуги оказываются за счет государства. В этих целях создаются Фонды социальной поддержки.

Средства фондов социальной поддержки населения формируются за счет следующих источников:

- единовременного перечисления государственных и иных средств на счет фонда социальной поддержки;

- доходов от предпринимательской деятельности предприятий фондов;
- арендной платы за здания, сооружения и имущество фондов; платы за дополнительные услуги службы социальной помощи;
- ассигнований из бюджетов разного уровня на оказание социальной поддержки населению;
- доходов от организуемых фондами денежно-вещевых лотерей, аукционов, добровольных взносов предприятий и организаций;
- целевого финансирования социальных программ;
- взносов граждан, иностранных юридических и физических лиц;
- гуманитарной помощи и средств, вырученных от ее реализации, и других поступлений, не противоречащих законодательству.

Право на получение помощи из фонда социальной поддержки населения предоставляется особо нуждающимся пенсионерам, инвалидам, лицам, имеющим иждивенцев (детей и нетрудоспособных членов семьи), другим нетрудоспособным гражданам, у которых совокупный среднедушевой доход не превышает установленного на региональном уровне минимума. Контингент получателей помощи, ее виды, формы и размер определяются органами социальной защиты населения совместно с Республиканскими и территориальными фондами в соответствии с установленными социальными нормативами и условиями.

Средства фондов социальной поддержки населения могут расходоваться на дополнительное, сверх бюджетного, финансирование мероприятий:

- предоставление натуральной помощи в виде предметов первой необходимости (продуктов питания, одежды, обуви) бесплатно или по льготным ценам;
- оказание социальных услуг, в том числе и на дому;
- организация бесплатного питания;
- предоставление дотаций на приобретение лекарств, протезно-ортопедических изделий (в соответствии с медицинскими показаниями);
- оказание материальной помощи в виде дополнительных выплат;
- обеспечение ночного проживания бездомных граждан;

- развитие социально-трудовой реабилитации и профессиональной ориентации;
- создание собственных предприятий с целью организации рабочих мест для граждан с ограниченной трудовой деятельностью;
- содействие в предоставлении кредитов на строительство жилья на льготных условиях;
- обеспечение текущей деятельности фондов.

4.3. Виды пенсионного обеспечения инвалидов и лиц пожилого возраста

Трудовая пенсия по старости – регулярная (ежемесячная) денежная выплата, которая назначается и выплачивается в соответствии с ФЗ «О ветеранах» № 5 от 12.01.1995 г. с дополнениями № 40 от 20.03.2000 г. и № 122 от 24.08.2004 г., а также ФЗ от 15.12.2001 г. № 167-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении» и «О трудовых пенсиях в РФ» от 17.12.2001 г. № 173–ФЗ лицам, достигшим определенного возраста при наличии трудового стажа определенной продолжительности не менее 5 лет (мужчинам – по достижении 60 лет и женщинам – по достижении 55 лет).

Пенсия по инвалидности устанавливается в случае наступления инвалидности при наличии ограничения способности к трудовой деятельности и может быть трудовой и социальной.

Трудовая пенсия по инвалидности – ежемесячная денежная выплата, которая назначается и выплачивается гражданам в связи с установлением ограничения способности к трудовой деятельности и может соответствовать определенной группе инвалидности.

Размер пенсии по инвалидности от общего заболевания, как и размер пенсии по старости, зависит от продолжительности трудового стажа, правила подсчета которого отличаются от обычного.

Если инвалидом признается гражданин, не достигший возраста 20 лет, пенсия назначается независимо от величины общего трудового стажа.

Для назначения пенсии гражданам в возрасте от 20 до 23 лет требуется трудовой стаж продолжительностью 1 год с увеличением его на четыре месяца за каждый полный год возраста, начиная с 23 лет, но не более 15 лет в общей сложности.

Пенсии по инвалидности несколько *отличаются от пенсий по старости*:

- 1) Пенсии по инвалидности обычно устанавливаются на определенный срок и после его истечения выплата пенсии прекращается, если при переосвидетельствовании гражданин не был признан инвалидом. В отдельных случаях, при установлении инвалидности без срока переосвидетельствования, пенсия может быть назначена пожизненно.
- 2) Право на пенсию по старости всегда возникает при наличии трудового стажа определенной продолжительности с достижением установленного законом возраста. Право на пенсию по инвалидности зависит не от возраста, а от состояния здоровья лица, причем продолжительность трудового стажа имеет значение лишь в том случае, если причина инвалидности – общее заболевание.
- 3) Пенсии по старости исчисляются из заработка, а пенсии по инвалидности могут быть установлены в твердой сумме. Социальные пенсии назначаются инвалидом первой, второй, третьей групп, в том числе инвалидом с детства и детям-инвалидам.

Законодательство предусматривает следующие размеры социальных пенсий:

- инвалидам с детства первой, второй групп, инвалидам первой группы, детям-инвалидам ;
- инвалидам второй группы (кроме инвалидов с детства) ;
- инвалидам третьей группы.

Трудовая пенсия по инвалидности устанавливается независимо от причины инвалидности, продолжительности страхового стажа, продолжения инвалидом своей трудовой деятельности, а также от того, когда наступила инвалидность: в период работы, до поступления на работу или после прекращения работы. Трудовая пенсия по инвалидности назначается со дня признания лица инвалидом, если обращение за указанной пенсией последовало не позднее чем за 12 месяцев с этого дня. По истечении этого срока пенсия назначается со дня обращения.

Трудовая пенсия по инвалидности может быть изменена при наступлении следующих обстоятельств: изменение степени утраты трудоспособности, изменение количества находящихся на иждивении

членов семьи, работа в течение 12 месяцев после установления трудовой пенсии по инвалидности.

При полном отсутствии у инвалида страхового стажа ему может быть установлена социальная пенсия по инвалидности, которая назначается с месяца обращения, но не ранее возникновения права на нее. Устанавливается в твердых размерах и зависит только от степени утраты трудоспособности. Социальная пенсия по инвалидности увеличивается на районный коэффициент установленный по месту жительства инвалида.

Для назначения пенсии по инвалидности необходимо к заявлению лица, обратившегося за назначением пенсии по инвалидности, приложить следующие документы: паспорт, справку МСЭК об установлении инвалидности и степени ограничения способности к деятельности, справку о страховом стаже (при его наличии) о среднем заработке за 60 месяцев подряд в течение всей трудовой деятельности (при наличии такого заработка и по желанию гражданина), при наличии на иждивении нетрудоспособных членов семьи – документы на этих лиц.

В настоящее время трудовая пенсия по инвалидности состоит из базовой и страховой частей. Базовая часть пенсии устанавливается в твердом размере в зависимости от степени утраты трудоспособности.

Страховая часть пенсии устанавливается с учетом пенсионных прав (продолжительности стажа и размера заработка), приобретенных до 01.01.2002 г., и суммы страховых взносов, уплаченных в Пенсионный фонд РФ после этой даты.

Социальная пенсия по инвалидности устанавливается в твердых размерах и зависит только от степени утраты трудоспособности. Социальная пенсия по инвалидности увеличивается на районный коэффициент, установленный по месту жительства инвалида.

Глава 5

ИНВАЛИДНОСТЬ, ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ И МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Социальные проблемы в любом государстве порождают инвалидность населения. Инвалидность является важной социальной проблемой и зависит от многих факторов, в том числе демографических, социально-экономических, экологических, а также политических и законодательных. В мире проблема инвалидности для здравоохранения сводится не только к определению и формированию соответствующего статуса инвалида. Прежде всего она предполагает большие финансовые затраты на медицинскую помощь, особенно высокоспециализированную и дорогостоящую, в которой более всего нуждается данная категория населения.

Медицинская статистика показывает, что в Российской Федерации около 90 % инвалидов ежегодно обращаются за медицинской помощью, в среднем 9 раз в год, при этом 3/4 обратившихся нуждаются в проведении лечения.

По данным ФГУ ФБ МСЭ, общее число впервые признанных инвалидами с 1,5 млн. человек в 2005 году до 1,8 млн человек составило в 2005 году. Это связано с введением Федерального закона № 122 от 02.08.1995 г. «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». Рост числа ВПИ больше всего обусловлен ростом числа инвалидов вследствие БСК. За 2004—2005 гг. число инвалидов вследствие болезней системы кровообращения увеличилось на 90,7%, и в 2005 г. число инвалидов составило 984,2 тыс. Рост инвалидности вследствие БСК в основном произошел за счет увеличения числа инвалидов вследствие ИБС, а также вследствие ЦБС. Рост абсолютного числа инвалидов отмечается в большинстве классов болезней. Значительный рост абсолютного числа инвалидов отмечается при злокачественных новообразованиях, болезнях эндокринной системы, болезнях глаза, уха, костно-мышечной системы. Снижение абсолютного числа инвалидов отмечается только при туберкулезе и профессиональных заболеваниях. Незначительный рост первичной инвалидности

отмечается при болезнях органов пищеварения, при последствиях травм, отравлений и других внешних воздействиях.

По Томской области численность лиц, впервые признанных инвалидами, составил в 2005 г. 8 216 человек на 10 000 человек населения. В процентах от общей численности инвалидов: инвалиды I группы – 10, 9%, инвалиды II группы – 50, 6 %, инвалиды III группы – 38, 6 %. Из общей численности инвалидов в Томской области инвалиды в трудоспособном возрасте составили 36,7 %. Основными причинами впервые признанных инвалидами по Томской области на первом месте являются болезни системы кровообращения (33, 9 на 10 тыс. населения), на втором месте – злокачественные новообразования (11, 8 на 10 тыс. населения), на третьем месте – болезни костно-мышечной системы и соединительных тканей (5, 0 на 10 тыс. населения) и болезни глаза и его придаточного аппарата (4, 9 на 10 тыс. населения).

Медицинская статистика показывает, что в Российской Федерации около 90 % инвалидов ежегодно обращаются за медицинской помощью, в среднем 9 раз в год, при этом $\frac{3}{4}$ обратившихся нуждаются в проведении лечения.

Уровень инвалидности по Российской Федерации составляет 70—78 случаев на 10 тыс. взрослого населения, 15—19 случаев на 1000 детей до 15 лет. По данным ВОЗ, уровень инвалидности составляет 10 % от числа всего населения земного шара, среди детей таковых 2 % и выше. Общее число инвалидов в России достигает 8,4 млн человек. Среди причин инвалидности на первом месте находятся чаще всего болезни органов кровообращения (их удельный вес составляет 30 % от всех причин инвалидности), на втором и третьем местах – травмы и злокачественные заболевания (13 и 11% соответственно), на четвертом месте – туберкулез – 8 %. Среди детей максимальное число инвалидов вследствие психических расстройств и врожденных дефектов – первое место, второе место – врожденные пороки развития, третье место занимают последствия травм и несчастных случаев. По Томской области численность детей-инвалидов до 18 лет среди получающих социальные пенсии на конец 2005 г. составила 188,0 на 10 000 детей.

Одним из основных направлений государственной политики охраны здоровья населения является сохранение и укрепление здоровья трудоспособного населения, которое обеспечивает социально-экономическое развитие России.

В связи с этим инвалидность трудоспособного населения – это актуальная проблема для органов здравоохранения и социальной защиты. Уровень первичной инвалидности в трудоспособном возрасте в Российской Федерации в целом составил в 2005 году 66,4.

Охрана здоровья населения, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшение демографической ситуации в стране являются приоритетными направлениями социальной политики государства.

Население молодого возраста – это будущее нашей страны. Особую тревогу по этому поводу вызывает тенденция распространенности инвалидности среди лиц молодого возраста. По данным ФГУ ФБМ СЭ, в Российской Федерации уровень инвалидности среди лиц молодого возраста достаточно высокий, однако он имеет тенденцию к снижению и в 2005 г. составил 39,9 на 10 тыс. соответствующего населения.

5.1. Основные понятия и термины, применяемые при признании человека инвалидом

Согласно Постановлению Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965 «О признании граждан инвалидами», *инвалид* – это человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма вследствие заболеваний, травм или дефектов, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты; лицо, которое вследствие заболеваний, травм или дефектов ограничено в своей жизнедеятельности и частично или полностью утратило трудоспособность.

Основные категории жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности;
- способность к ориентации во времени и в пространстве;
- способность к общению (установление контактов между людьми, переработка и передача информации);
- способность контролировать свое поведение.

Инвалидность – социальная недостаточность (социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к нарушению

жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты) вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Инвалидность пожилых – стойкое нарушение функций организма у пожилого человека в результате заболевания, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Установление стойкой утраты трудоспособности осуществляется медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК), относящейся к органам социальной защиты населения, по направлению лечебно-профилактического учреждения.

Первичный выход на инвалидность – установление инвалидности впервые в отчетном году. Для статистической разработки данных о причинах инвалидности по болезням применяется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 г.).

Общая численность инвалидов – лица, состоящие на учете и получающие пенсию в системе Пенсионного фонда Российской Федерации (до 2002 г. в органах социальной защиты населения), Министерстве обороны Российской Федерации, Министерстве внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службе безопасности Российской Федерации.

Под *ограничением жизнедеятельности* в данном случае понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовой деятельности.

Степень ограничения жизнедеятельности – величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Таким образом, для основания признания гражданина инвалидом необходимо сочетание трех условий:

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
2. Ограничение жизнедеятельности.
3. Необходимость осуществления мер социальной защиты.

На основании Постановления Правительства РФ «О признании граждан инвалидами» от 13 августа 1996 г. № 965 наличие лишь одного из указанных факторов не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Основными факторами, определяющими ту или иную группу инвалидности, являются:

- степень выраженности нарушений функций организма вследствие заболевания, травмы или дефекта;
- степень ограничения отдельных категорий жизнедеятельности;
- наличие социальной недостаточности, требующей социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья.

Социальная недостаточность – социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Различают пять категорий инвалидности со следующими отклонениями:

- 1) с физическими недостатками (с поражением опорно-двигательного аппарата);
- 2) с нарушением интеллекта и психическими заболеваниями;
- 3) с нарушением слуха (глухие и слабослышащие);
- 4) с нарушением зрения (слепые и слабовидящие);
- 5) с нарушением работы внутренних органов, то есть по «общему» заболеванию (сахарный диабет, бронхиальная астма, онкологические больные, перенесшие резекцию внутренних органов и др.).

Различают врожденную и приобретенную инвалидность.

Врожденная инвалидность является результатом нарушения внутриутробного развития плода, а также родовой травмы при родовспоможении. Приобретенная инвалидность возникает в позднем периоде рождения в результате болезни или травмы.

В основе классификации инвалидности по ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) лежит следующее:

1. Причины, вызвавшие инвалидность, например, врожденная патология, болезнь, травма и др.
2. Длительность инвалидности – временная, долгосрочная, постоянная.
3. Характер повреждения, например, функциональная ограниченность, нарушение социального поведения и др.

4. Последствия для самой личности – ограничение или потеря независимости, социальной интеграции, профессиональных возможностей.

5. Последствия для семьи – необходимость ухода за инвалидом, финансовая нагрузка семьи, нарушение социальных связей.

6. Последствия для общества – необходимость финансовой поддержки, потеря трудоспособности члена общества и др.

7. Степень снижения трудоспособности – ограниченность в самообслуживании, возможность участия в трудовом процессе и др.

5.2. Меры медицинского характера по предупреждению уровня инвалидности

Основными мерами медицинского характера по предупреждению уровня инвалидности являются:

- своевременная и правильная постановка диагноза и снижение уровня заболеваний;
- своевременное назначенное, правильное комплексное лечение;
- повышение профессионализма врачей;
- внедрение современных эффективных медицинских технологий в диагностику, лечение и реабилитацию больных;
- оснащение ЛПУ современным лечебно-диагностическим оборудованием;
- укрепление материально-технической базы;
- проведение полного комплекса мероприятий по антенатальной охране плода;
- правильное ведение родов;
- своевременное медико-генетическое консультирование семей;
- правильное наблюдение детей от 0 до 14 лет.

Основной причиной, обуславливающей нуждаемость инвалидов в социальной защите, является их неспособность вследствие ограничения жизнедеятельности к самостоятельному проживанию, поддержанию социальных связей, обеспечению экономической независимости и т. д.

Признание лица инвалидом осуществляется МСЭК в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, по направлению учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения (для лиц без определенного места жительства), при

наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста для участия в проведении медико-социальной экспертизы.

Учреждения здравоохранения направляют в установленном порядке гражданина на МСЭК после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Медицинские услуги, необходимые для проведения МСЭК, включаются в базовую программу ОМС граждан РФ согласно ФЗ от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в РФ».

Установление факта стойкой нетрудоспособности – сложный и ответственный акт, в котором принимают участие органы здравоохранения (лечащие врачи, клиничко-экспертные комиссии) и органы социальной защиты населения в лице МСЭК. Определение стойкой нетрудоспособности и группы инвалидности – длительный процесс, базирующийся на изучении заболеваемости населения, при этом врачи выявляют признаки стойкой нетрудоспособности, а органы социальной защиты населения устанавливают факт инвалидности.

Установление стойкой нетрудоспособности или инвалидности – юридически ответственный момент, так как инвалид приобретает права: право ограничить или полностью прекратить профессиональную деятельность, право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение (дома-интернаты), право направления на переобучение и др.

От общего числа инвалидов 49,8 % занимают лица трудоспособного возраста.

Право направлять граждан на МСЭК имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления на МСЭК клиничко-экспертной комиссией учреждения (форма направления на МСЭК утверждается в установленном порядке).

5.3. Государственная служба медико-социальной экспертизы, ее задачи и функции

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется, исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством РФ.

Медико-социальная экспертиза осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы, входящей в систему (структуру) органов социальной защиты населения Российской Федерации. Порядок организации и деятельности Государственной службы медико-социальной экспертизы определяется Правительством Российской Федерации.

Медицинские услуги при оформлении граждан для освидетельствования в учреждениях Государственной службы медико-социальной экспертизы, реабилитационные мероприятия включаются в федеральную базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации и финансируются из федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Задачи Государственной службы медико-социальной экспертизы:

- 1) определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;
- 4) участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;

5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;

б) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Решение органа Государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

5.4. Медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК). Прядок направления на МСЭК и ее основные функции

Лечащий врач проводит тщательное клиническое, лабораторное, инструментальное, рентгенологическое обследование больного, определяет условия, характер и тяжесть труда, наличие профессиональных вредностей, уточняет, как больной справляется с работой и трудовую установку больного.

При наличии показаний КЭК выносит соответствующее решение и направляет больного на МСЭК.

На МСЭК направляются и больные, у которых болезненные явления приняли устойчивый характер, несмотря на все принятые меры к выздоровлению, при этом нет смысла продолжать наблюдать больного более 4-х месяцев. Направляются на МСЭК лица, имеющие признаки стойкой нетрудоспособности, продолжающейся более 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез – 12 месяцев) и требующей дальнейшего долечивания. На МСЭК направляются и работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации при ухудшении клинического и трудового прогнозов.

Документы, необходимые для прохождения МСЭК:

- 1) паспорт с указанием прописки;
- 2) трудовая книжка или ее копия, заверенная в установленном порядке;
- 3) листок нетрудоспособности с датой направления на МСЭК (для лиц, которые работают);

- 4) для бывших военнослужащих – военный билет и свидетельство о болезни, если был комиссован;
- 5) для участников и инвалидов ВОВ – удостоверение ВОВ, архивные медицинские документы;
- 6) при травмах на производстве – акт о несчастном случае;
- 7) посылкой лист.

МСЭК проводит освидетельствование по месту жительства.

Лица, подлежащие освидетельствованию на МСЭК:

- рабочие, служащие и другие граждане, на которых распространяется государственное социальное страхование;
- учащиеся высших, средних, специальных учебных заведений, аспиранты, ординаторы;
- граждане, у которых нарушение нетрудоспособности возникло в связи с выполнением государственных обязанностей или долга по спасению человеческой жизни, по охране государственного правопорядка;
- рабочие и служащие, прекратившие работу, бывшие военнослужащие, члены семей, потерявшие кормильца, при наличии у них прав на назначение пенсии;
- инвалиды с детства;
- члены семей неработающих пенсионеров для установления надбавки к пенсии;
- рабочие и служащие, получившие увечье либо повреждение здоровья, связанное с их работой, для установления степени утраты трудоспособности в целях определения размера возмещения предприятиями причиненного ущерба, степень утраты определяется в процентном отношении;
- инвалиды для переосвидетельствования;
- инвалиды с детства I и II группы и другие лица, а также не имеющие права на пенсию и обращающиеся за назначением пособия, права на получение которого обусловлено наличием инвалидности;
- лица, направляемые в дома инвалидов и интернаты;
- инвалиды по направлению органов социальной защиты с целью определения медицинских показаний на получение автотранспорта или противопоказаний к его вождению.

Основные функции МСЭК:

- определение состояния трудоспособности, постоянной (стойкой) или длительной ее утраты;
- установление степени утраты трудоспособности и группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании;
- определение причины стойкой нетрудоспособности;
- определение времени фактического наступления инвалидности; установление степени утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в процентном отношении);
- определение для инвалидов условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья;
- направление на переобучение;
- проверка правильности использования инвалидов на работе в соответствии с заключением комиссии;
- содействие укреплению здоровья населения и предупреждению инвалидности;
- анализ утраты трудоспособности в случае инвалидности совместно с органами здравоохранения, администрацией предприятий и профсоюзными органами;
- организационно-методическая работа (подготовка информационно-методических писем, методических рекомендаций, проведение семинаров, конференций, клинико-экспертных разборов, консультаций, стажировка).

МСЭК подразделяются на комиссии общего и специализированного профилей (кардиологические, онкологические, противотуберкулезные и др.).

В состав МСЭК общего профиля входят три врача (терапевт, хирург, невропатолог), представители органов социальной защиты населения, представитель профсоюзной организации и медицинский регистратор. Один из врачей, чаще всего терапевт, более опытный и сведущий в вопросах экспертизы, назначается председателем. МСЭК принимает решения путем коллегиального голосования, заседания проводятся согласно утвержденному плану. Возможно освидетельствование больных на дому и при необходимости – на базе крупных ЛПУ.

На основании экспертного решения МСЭК оформляется заключение «Справка МСЭК», в которой отмечаются степень утраты трудоспособности, группа и причина инвалидности, трудовые

рекомендации и срок очередного переосвидетельствования. В трехдневный срок МСЭК направляет соответствующим предприятиям, учреждениям извещение установленного образца о принятом решении. В тех случаях, когда освидетельствованный больной не согласен с вынесенным решением, он в течение одного месяца может подать письменное заявление о пересмотре решения МСЭК на имя председателя МСЭК, в трехдневный срок вся документация передается в вышестоящий МСЭК, и их решения являются окончательными.

В состав высших МСЭК входят 4 врача: терапевт, хирург, невропатолог и врач организатор-методист. Председателем комиссии является главный эксперт республики, края, области или города (Москва, Санкт-Петербург). Решение высших МСЭК принимается большинством голосов членов комиссии. При равенстве голосов мнение председателя комиссии является решающим. Член комиссии, не согласный с принятым решением, в письменном виде излагает свое мнение, которое приобщается к делу.

5.5. Порядок установления степени утраты трудоспособности и группы инвалидности

В России в зависимости от степени утраты трудоспособности МСЭК органов социальной защиты населения устанавливают инвалидность I, II, III групп. Нормативной базой для признания граждан инвалидами является Постановление Правительства РФ «О признании гражданина инвалидом» от 13 августа 1996 г. № 965.

Инвалидность классифицируется не только по степени утраты или ограничения трудоспособности, но и в зависимости от причин, т. е. социально-биологических условий, приведших к ней, которые должны быть юридически обоснованы и представлены в соответствующих документах:

- инвалидность вследствие общего заболевания;
- инвалидность в связи с трудовым увечьем;
- инвалидность вследствие профессионального заболевания;
- инвалидность с детства;
- инвалидность до начала трудовой деятельности;
- инвалидность у бывших военнослужащих.

I группа инвалидности устанавливается наиболее тяжелым больным, у которых наступила полная или длительная потеря

трудоспособности и которые нуждаются в повседневном систематическом постороннем уходе, помощи, надзоре (они составляют в структуре инвалидности 12,7 %).

Критерием для определения I группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерии установления I группы инвалидности следующие:

- неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;
- неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц;
- неспособность к ориентации (дезориентация);
- неспособность к общению;
- неспособность контролировать свое поведение.

II группа инвалидности устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушений функций организма, но не нуждающихся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) и является самой многочисленной в структуре инвалидности (58 %).

Критерием для установления II группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Показания к установлению II группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
- способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
- неспособность к трудовой деятельности или способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

- неспособность к обучению или способность к обучению только в специальных учебных заведениях, или по специальным программам в домашних условиях;
- способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц;
- способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
- способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц.

III группа инвалидности находится на втором месте в структуре инвалидности и составляет 29,3 %.

Критерием для определения III группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко или умеренно выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности или их сочетанию.

Показания для установления III группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;
- способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния;
- способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);
- способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;
- способность к ориентации во времени и в пространстве при условии использования вспомогательных средств;
- способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации.

5.6. Виды инвалидности и сроки переосвидетельствования инвалидов

Инвалидность вследствие профессионального заболевания, трудового увечья:

Инвалидность вследствие профессионального заболевания устанавливается в тех случаях, когда воздействие профессионального фактора явилось определяющим моментом заболевания и последующей за ней инвалидности, когда исключается возможность влияния на возникновение и развитие заболевания других факторов.

Инвалидность вследствие профзаболевания устанавливается вследствие осложнения профзаболевания, а также в том случае, когда профзаболевание усугубило течение другого заболевания, имевшегося ранее. Инвалидность вследствие трудового увечья устанавливается, если вызвавший ее несчастный случай произошел:

- при выполнении трудовых обязанностей;
- при совершении каких-либо действий в интересах предприятия, хотя и без поручения администрации;
- на территории предприятия или ином месте работы в течение рабочего дня, включая установленные перерывы;
- вблизи предприятия или иного места работы в течение рабочего дня, включая установленные перерывы, если пребывание там не противоречило правилам внутреннего трудового распорядка;
- в результате дорожно-транспортных происшествий с водителями, а также с работниками, следовавшими на работу или с работы на транспорте предприятия (организации);
- по пути на работу и с работы;
- при выполнении государственных или общественных заданий и пр.

Право впервые устанавливать диагноз хронического профессионального заболевания имеют только специализированные лечебно-профилактические учреждения: центры профпатологии, клиники и отделы профзаболеваний научных организаций клинического профиля, кафедры профзаболеваний медвузов и др.

Определение степени утраты трудоспособности производится в процентах. Различают два понятия трудоспособности: общая трудоспособность – это способность к неквалифицированному труду; профессиональная трудоспособность – это способность к труду в своей профессии или другой, равной ей по квалификации и оплате.

В тех случаях, когда у потерпевшего наступила полная утрата трудоспособности даже в специально созданных условиях, устанавливается 100 % утраты трудоспособности.

Если потерпевший может выполнять работу лишь в специально созданных условиях вследствие выраженных нарушений функций организма, то утрата профессиональной трудоспособности устанавливается от 70 до 90 %.

В тех случаях, когда потерпевший вследствие трудового увечья может выполнять работу по основной профессии в обычных производственных условиях, но в меньшем объеме или при снижении квалификации, или если он утратил основную профессию, но может в обычных производственных условиях выполнять труд более низкой квалификации вследствие умеренных нарушений функций организма, устанавливается от 40 до 60 % профессиональной трудоспособности.

Если потерпевший может выполнять работу по основной профессии, но при изменениях условий труда, влекущих снижение заработка, или по основной профессии, но с большим напряжением, чем прежде, устанавливается от 10 до 30 % утраты профессиональной трудоспособности.

Одновременно с определением степени утраты профессиональной трудоспособности МСЭК устанавливает соответствующую группу инвалидности и определяет нуждаемость потерпевшего в дополнительных видах помощи:

- в специальном медицинском уходе за потерпевшим;
- в постоянном уходе, надзоре;
- в бытовом уходе (уборка помещения, стирка белья, приготовление пищи) – в тех случаях, когда потерпевший частично ограничен в самообслуживании;
- в дополнительном или лечебном питании;
- в протезно-ортопедической помощи;
- в специальных транспортных средствах (кресло-коляска, мотоколяска, автомобиль);
- в санаторно-курортном лечении по прямым последствиям трудового увечья;
- в лекарственных средствах и др.

Получившие трудовое увечье рабочие и служащие направляются работодателем, профсоюзным комитетом предприятия или судом на МСЭК, расположенный по месту жительства или по месту прикрепления лечебного учреждения.

Перечень документов, необходимых для переосвидетельствования на МСЭК:

- письмо администрации, профсоюзного комитета предприятия, решение суда или заявление потерпевшего;
- акт о несчастном случае по форме Н-1 или другой документ о несчастном случае, связанном с исполнением трудовых обязанностей;
- направление лечебного учреждения, под наблюдением которого находятся рабочие, служащие, по форме № 88 (при профессиональном заболевании – направление центров профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний научных организаций клинического профиля и т. д.).

После прохождения МСЭК справка о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в дополнительных видах помощи выдается освидетельствованному.

Переосвидетельствование на МСЭК для определения степени потери трудоспособности (в процентах) от трудового увечья проводится через 6 месяцев, 1 или 2 года.

В тех случаях, когда у рабочего, служащего последствия трудового увечья приводят к стойкому нарушению трудоспособности и установлению бессрочной инвалидности, утрата общей и профессиональной трудоспособности может быть установлена бессрочно.

Также бессрочно степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается мужчинам, достигшим 60 лет, и женщинам, достигшим 55 лет. В дальнейшем переосвидетельствование таких лиц может быть произведено только по их собственному заявлению или по заявлению других заинтересованных лиц.

При ухудшении здоровья и снижении трудоспособности вследствие трудового увечья потерпевший имеет право на досрочное переосвидетельствование при наличии направления на МСЭК по форме № 88 из лечебно-профилактического учреждения.

Инвалидность у бывших военнослужащих

При установлении связи инвалидности со службой в Вооруженных Силах следует различать две категории бывших военнослужащих:

1. Уволенные из армии по болезни в соответствии с заключением ВВК.

При установлении инвалидности бывшим военнослужащим, имеющим военно-медицинские документы, МСЭК имеет право определять ее причину в точном соответствии с формулировкой в этих документах.

При отсутствии в военно-медицинских документах постановлений ВВК о причине заболевания (ранения, контузии и пр.) или несогласии с этим постановлением МСЭК направляет документы бывших военнослужащих на рассмотрение в ОВВК округа, на территории которого проживает этот военнослужащий; в случае несогласия с постановлением ОВВК – в ЦВВК. Вынесенное ОВВК или ЦВВК решение является окончательным.

У бывших военнослужащих, уволенных по состоянию здоровья, но не имеющих военно-медицинских документов, МСЭК, установив инвалидность, определяет ее причину только после получения соответствующего заключения ВВК, утвержденного ОВВК.

2. Уволенные из Вооруженных Сил не по болезни, а по другим причинам (окончание срока службы, указы правительства и т. д.) и не имеющие заключения ВВК.

Если инвалидность наступила у бывшего военнослужащего в период несения военной службы, МСЭК в своем решении основывается на соответствующих военно-медицинских документах.

Если инвалидность наступила у бывшего военнослужащего в течение 3 месяцев со дня увольнения со службы, то МСЭК устанавливает причину инвалидности без военно-медицинских документов; инвалидность будет рассматриваться как полученная в период военной службы.

Если инвалидность наступила позднее 3 месяцев со дня демобилизации, но обусловлена ранением, контузией, увечьем или заболеванием, имевшим место в период несения военной службы, МСЭК имеет право установить связь инвалидности с несением военной службы, не ограничиваясь сроками обращения (при ранении, заболевании, контузии), подтвержденными военно-медицинскими документами.

Инвалидность в связи с военной службой может быть установлена также при прогрессировании того же заболевания, которым военнослужащий страдал, находясь на службе в ВС.

При отсутствии у бывших военнослужащих военно-медицинских документов или при их недостаточно полном оформлении МСЭК сама устанавливает инвалидности в следующих случаях:

- при хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях – в этом случае МСЭК основывает свое решение на основе медицинских документов, выданных лечебными учреждениями в первые 5 лет после увольнения из Вооруженных Сил либо позднее, но на основании данных за указанные 5 лет, которые позволяют отнести начало заболевания к этому периоду;
- при последствиях ранения, контузии, увечья, если факт не отмечен в графе «анамнез» военно-медицинского документа, составленного в годы войны, или в графе «диагноз» указаны только симптомы заболевания, приведшего впоследствии к инвалидности;
- при последствиях черепно-мозговой травмы, если в военно-медицинских документах имеются указания на ранения головы (лица), шеи или одновременно полученные множественные осколочные ранения любой локализации;
- при последствиях ранения, если в военно-медицинском документе или ином документе (боевая характеристика, представление к награде и т. д.) имеются указания на тяжелое ранение.

Бывшие военнослужащие должны представить на МСЭК документы, подтверждающие их службу в действующей армии, а также данные лечебного учреждения о состоянии здоровья за первые 5 лет после демобилизации.

Необходимо представить на МСЭК медицинские документы, выданные лечебным учреждением в первые 5 лет после увольнения с военной службы. Если подобные документы оформляются позднее, то они должны обязательно содержать сведения о состоянии здоровья бывшего военнослужащего за первые 5 лет после демобилизации.

Инвалидность вследствие общего заболевания

Инвалидность вследствие общего заболевания устанавливается в тех случаях, когда потеря, ограничение трудоспособности наступила в период учебы, трудовой деятельности или прекращения трудовой деятельности.

Сроки переосвидетельствования инвалидов на МСЭК

Инвалиды I группы проходят переосвидетельствование через 2 года, инвалиды II и III групп – через 1 год.

Лицам в возрасте до 16 лет категория «ребенок-инвалид» устанавливается на срок от 6 месяцев до 2 лет, от 2 лет до 5 лет.

Степень утраты профессиональной трудоспособности выражается в процентах и устанавливается в размере от 10 до 100 %. Степень утраты профессиональной трудоспособности

устанавливается на 6 месяцев, 1 год или 2 года, исходя из оценки состояния здоровья пострадавшего и прогноза развития его адаптационных возможностей.

Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование.

Переосвидетельствование лиц с бессрочной инвалидностью проводится в случаях обнаружения подложных документов, на основании которых установлена группа инвалидности.

Переосвидетельствование инвалидов может осуществляться досрочно, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленных сроков в связи с изменением его здоровья проводится по направлению учреждения здравоохранения.

Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования:

- мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет;
- инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами;
- инвалидам, у которых за последние 5 лет наблюдения и более отмечены стойкие необратимые изменения функций органов и систем организма.

5.7. Реабилитация инвалидов, основные понятия.

Индивидуальные программы реабилитации инвалидов

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация, при этом учитываются реабилитационный прогноз и потенциал, а также клинический прогноз.

Реабилитационный потенциал – комплекс биологических, психофизиологических и личностных характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной

степени компенсировать или устранить его ограничения жизнедеятельности.

Реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Клинический прогноз – научно обоснованное предложение о дальнейшем исходе болезни на основании комплексного анализа клинико-функциональных характеристик нарушения здоровья, течения заболевания и эффективности лечения.

Впоследствии создаются специальные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности – специфические санитарно-гигиенические условия, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

Создаются специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов – рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов. У нас в стране работают примерно 10 % инвалидов. Однако, согласно законодательству, если раньше инвалиду I группы разрешалось работать в специально созданных условиях или на дому, то теперь ему, уже инвалиду III группы, трудиться запрещено. В справке у него записано «не трудоспособен». Для таких инвалидов пенсия становится основным источником доходов.

Вспомогательные средства – специальные дополнительные орудия, предметы, приспособления и другие средства, применяемые для компенсации или замещения нарушенных или утраченных функций организма и способствующие адаптации инвалида к окружающей среде.

В соответствии со ст. 11 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 г. № 181 государственной службой медико-социальной экспертизы разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) – это перечень реабилитационных мероприятий, направленных на

восстановление способности инвалида к бытовой, общественной, профессиональной и др. видам реабилитации, исходя из его потребности, круга интересов, уровня притязаний, прогнозируемого результата.

Порядок реализации индивидуальной программы реабилитации установлен в соответствии с примерным положением « Об индивидуальной программе реабилитации инвалида» на основании постановления Правительства Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1996 г. № 14. На основании решения Государственной службы медико-социальной экспертизы разрабатывается комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

При реализации ИПР обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов – гарантированный перечень реабилитационных мероприятий,

технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов и порядок ее реализации утверждаются Правительством Российской Федерации.

Реабилитационные технические средства и услуги предоставляются инвалидам, как правило, в натуральной форме.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая автомобили, кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

ИПР составляется и реализуется при согласии инвалида или его законных представителей. Специалисты МСЭК, определив необходимость и целесообразность составления ИПР, обязаны объяснить освидетельствуемому лицу цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать соответствующую запись в акте освидетельствования о дате проведения собеседования. Если больной согласен с проведением реабилитационных мероприятий и составлением ИПР, то им пишется заявление на имя руководителя МСЭК, при несогласии – ставится подпись и дата отказа в акте освидетельствования. Со дня подачи заявления ИПР должна быть оформлена не позднее месячного срока в 2 экземплярах. Один выдается на руки инвалиду (либо законному представителю), второй экземпляр высылается в территориальный орган социальной защиты по месту жительства.

Комплекс реабилитационных мероприятий

инвалидов включает в себя:

- 1) медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования;
- 2) профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;
- 3) социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Для достижения максимального эффекта необходимо стремиться к проведению всех трех видов мероприятий: медицинских, профессиональных и социальных реабилитационных мероприятий.

Медицинская реабилитация – комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление и развитие физиологических функций больного человека, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения пациента к активной самостоятельной жизни.

Медицинская реабилитация включает все виды восстановительного лечения в стационарах, амбулаториях, санаторно-курортных условиях, диспансерное наблюдение, профилактические мероприятия, а также реконструктивную хирургию, протезирование и др.

Мероприятия по медицинской реабилитации проводятся в учреждениях здравоохранения. Профилактические, оздоровительные и поддерживающие мероприятия могут проводиться на базе различных структур и учреждений социальной защиты населения.

Профессиональная реабилитация – многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности больного или инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, с целью достижения им материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество. Профессиональная реабилитация включает экспертизу потенциальных профессиональных возможностей, профориентацию, профподготовку, профессионально-производственную адаптацию, рациональное трудоустройство.

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Общее образование инвалидов осуществляется бесплатно как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях и регулируется законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Профессиональное образование инвалидов в образовательных учреждениях различных типов и уровней осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов.

Организация образовательного процесса в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов регламентируется нормативными правовыми актами, организационно-методическими материалами соответствующих министерств и иных федеральных органов исполнительной власти.

Государственные органы управления образованием обеспечивают учащихся бесплатно или на льготных условиях специальными учебными пособиями и литературой, а также обеспечивают учащимся возможность пользования услугами сурдопереводчиков.

Инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:

1) осуществления льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, предприятий, учреждений, организаций общественных объединений инвалидов;

2) установления в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;

3) резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;

4) стимулирования создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;

5) создания инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

6) создания условий для предпринимательской деятельности инвалидов;

7) организации обучения инвалидов новым профессиям.

Организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее трех процентов).

Общественные объединения инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, учреждения, организации, хозяйственные товарищества и общества, уставный капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов, освобождаются от обязательного квотирования рабочих мест для инвалидов.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации вправе устанавливать более высокую квоту для приема на работу инвалидов. Порядок определения квоты утверждается указанными органами.

В случае невыполнения или невозможности выполнения квоты для приема на работу инвалидов работодатели вносят обязательную плату в установленном размере за каждого нетрудоустроенного инвалида в пределах установленной квоты в Государственный фонд занятости населения Российской Федерации. Полученные средства расходуются целевым назначением на создание рабочих мест для инвалидов.

По представлению Федеральной службы занятости России Государственный фонд занятости населения Российской Федерации перечисляет указанные суммы организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности на создание рабочих мест для инвалидов сверх утвержденной квоты, а также общественным объединениям инвалидов на создание специализированных предприятий (цехов, участков), применяющих труд инвалидов.

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов – рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов. Минимальное количество специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации для каждого предприятия, учреждения, организации в пределах установленной квоты для приема на работу инвалидов.

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов создаются за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, Государственного фонда занятости населения Российской Федерации, за исключением рабочих мест для инвалидов, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов, получивших заболевание или увечье при исполнении обязанностей военной службы или в результате стихийных бедствий и межнациональных конфликтов, создаются за счет средств федерального бюджета.

Специальные рабочие места для лиц, ставших инвалидами вследствие несчастных случаев на производстве или

профессиональных заболеваний, создаются за счет средств работодателей.

Инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Не допускается установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих положение инвалидов по сравнению с другими работниками.

Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней из расчета шестидневной рабочей недели.

Права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов

1. Работодатели вправе запрашивать и получать информацию, необходимую при создании специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

2. Работодатели в соответствии с установленной квотой для приема на работу инвалидов обязаны:

1) создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов;

2) создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;

3) предоставлять в установленном порядке информацию, необходимую для организации занятости инвалидов.

3. Руководители организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, нарушающие порядок внесения обязательной платы в Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и Фонд социального страхования Российской Федерации, несут ответственность в виде уплаты штрафа: за сокрытие или занижение обязательной платы – в размере скрытой

или недовнесенной суммы, а в случае отказа в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты – в размере стоимости рабочего места, определяемой органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Порядок и условия признания инвалида безработным

Безработным признается инвалид, имеющий трудовую рекомендацию, заключение о рекомендуемом характере и условиях труда, которое выдано в установленном порядке, не имеющий работы, зарегистрированный в органе Федеральной службы занятости России в целях поиска подходящей работы и готовый приступить к ней.

Для принятия решения о признании инвалида безработным он представляет в орган Федеральной службы занятости России наряду с документами, установленными Законом Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации», индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов

Государственная поддержка (в том числе предоставление налоговых и иных льгот) предприятий «и организаций, производящих промышленные товары, технические средства и приспособления для инвалидов, обеспечивающих занятость инвалидов, оказывающих медицинскую помощь, услуги в сфере образования, осуществляющих санаторно-курортное лечение, бытовое обслуживание и создающих условия для занятий физической культурой и спортом, организации досуга инвалидов, инвестирующих более 30 процентов прибыли в проекты, обеспечивающие жизнедеятельность инвалидов, в научные и опытно-конструкторские разработки технических средств реабилитации инвалидов, а также протезно-ортопедических предприятий, лечебно-производственных (трудовых) мастерских и подсобных сельских хозяйств учреждений органов социальной защиты населения, государственного предприятия «Национальный фонд содействия инвалидам Российской Федерации», осуществляется в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Выделяют три этапа профессиональной реабилитации инвалидов:

- профессиональная ориентация, которая завершается выбором профессии;

- профессиональное обучение, которое заканчивается получением новой профессии;
- трудоустройство на специализированное рабочее место, трудовая адаптация к нему либо только трудовая адаптация к рабочему месту общего профиля.

В реализации первого этапа принимают участие учреждения различных ведомств:

- учреждения медико-социальной экспертизы, определяющие физиологические и психологические возможности инвалида, оформляющие свои результаты в виде трудовых рекомендаций;
- органы службы занятости населения, предоставляющие и специалистам медико-социальной экспертизы, и инвалидам информацию о наличии вакантных рабочих мест;
- отделение и подразделение выбора профессии, обычно входящие реабилитационных учреждений;
- школьные образовательные учреждения, дающие консультации и первые знания о существующих профессиях на школьных уроках.

На втором этапе инвалид может пользоваться услугами учебных заведений профессиональной подготовки общего профиля в стране (краткосрочные курсы, вузы, специализированные учреждения системы социальной защиты населения, учреждения начального профессионального образования, профессионально-технические училища для инвалидов, учреждения среднего специального образования).

Реабилитационные мероприятия на третьем этапе профессиональной реабилитации инвалидов осуществляются на специализированных производствах, например при психиатрических больницах и при психоневрологических интернатах (в виде лечебно-трудовых мастерских). Организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (но не более 3 %).

Социальная реабилитация – комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов. Восстановление их социального статуса и способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности путем социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации, различных видов патронажа и социального обслуживания.

Мероприятия по социальной реабилитации проводятся в учреждениях, организациях, предприятиях независимо от их организационно-правовой формы собственности:

- учреждениях государственной службы реабилитации инвалидов;
- учреждениях социальной защиты;
- негосударственных реабилитационных учреждениях;
- образовательных учреждениях для детей инвалидов (слабослышащих, слабовидящих и др.);
- специализированных учреждениях профессионального обучения инвалидов;
- учреждениях и структурах Городской службы занятости населения всех уровней;
- отделениях территориальных и комплексных центров социального обслуживания населения.

Мероприятия социально-профессиональной реабилитации выполняются Городской службой занятости населения.

Оценка результатов реабилитационных мероприятий осуществляется специалистами МСЭК при очередном переосвидетельствовании инвалида или в порядке систематического наблюдения, при посещении предприятий выносится итоговая оценка. Решается вопрос о необходимости разработки новой программы ИПР.

Документация по ИПР ведется в МСЭК:

1. Журнал учета выданных ИПР.
2. Журнал отказов от ИПР.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

5.8. Основные этапы составления ИПР инвалидов

1. ИПР разрабатывается учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы.

2. При первичном или повторном освидетельствовании граждан с целью определения инвалидности учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы в обязательном порядке определяют необходимость и целесообразность проведения реабилитационных мероприятий.
3. При необходимости и целесообразности проведения реабилитационных мероприятий специалисты учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы обязаны объяснить свидетельствуемому лицу цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать соответствующую запись в акте освидетельствования о дате проведения собеседования.
4. В случае согласия на проведение реабилитационных мероприятий инвалид (или его законный представитель) подает заявление на имя руководителя учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы с просьбой о разработке ИПР, которая должна быть сформирована не позднее месячного срока после подачи указанного заявления.
5. Разработка ИПР состоит из следующих этапов: проведение реабилитационно-экспертной диагностики, оценка реабилитационного потенциала, реабилитационный прогноз и определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности.
6. Разработка ИПР осуществляется специалистами учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы с привлечением (в случае необходимости) специалистов учреждений здравоохранения, службы занятости и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации, с обязательным участием заявителя.
7. В случаях, требующих применения сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, инвалид может быть направлен для разработки или коррекции ИПР в вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.
8. Сформированная ИПР подписывается руководителем учреждения государственной службы медико-социальной

экспертизы и инвалидом (или его законным представителем), заверяется печатью учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и выдается инвалиду на руки.

9. В случае отказа инвалида (или его законного представителя) подписать составленную ИПР программа приобщается к акту освидетельствования в учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы и не выдается на руки инвалиду.
10. Копия утвержденной ИПР в 3-дневный срок пересылается в орган социальной защиты населения.

5.9. Порядок реализации индивидуальной программы реабилитации

Реализация ИПР осуществляется учреждениями, предприятиями, организациями, задействованными в исполнении ИПР в соответствии с ФЗ РФ от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в РФ» ст. 16, 21, 22.

Координация и содействие по реализации ИПР проводятся территориальными органами социальной защиты.

1. Реализацию ИПР осуществляют организации, предприятия, учреждения независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, учреждения государственной службы реабилитации инвалидов, негосударственные реабилитационные учреждения, образовательные учреждения.

2. Координация реализации ИПР и оказание необходимого содействия инвалиду осуществляются органом социальной защиты населения.

3. Оценка результатов проведения мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации осуществляется специалистами учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы при очередном освидетельствовании инвалида или в порядке его динамического наблюдения.

4. Итоговая оценка результатов реализации ИПР выносится после коллегиального обсуждения соответствующими специалистами, утверждается руководителем учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и доводится до сведения инвалида в доступной для него форме.

5. В случае несогласия с содержанием ИПР инвалид (или его законный представитель) может подать письменное заявление в

вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

6. Главное бюро медико-социальной экспертизы субъекта Российской Федерации не позднее месячного срока со дня получения заявления выносит окончательное решение.

7. Руководители предприятий, учреждений, организаций, не выполняющие мероприятия, определенные в ИПР, несут ответственность в соответствии с положениями статей 16, 21, 22, 24, 32 Закона Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и другими законодательными актами Российской Федерации.

8. В случае возникновения конфликтной ситуации между инвалидом (или его законным представителем) и исполнителями ИПР спор разрешается в судебном порядке по заявлению истца.

9. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации имеют право утверждать региональный порядок разработки и реализации ИПР.

10. ИПР разрабатывается учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы.

11. При первичном или повторном освидетельствовании граждан с целью определения инвалидности учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы в обязательном порядке определяют необходимость и целесообразность проведения реабилитационных мероприятий.

12. При необходимости и целесообразности проведения реабилитационных мероприятий специалисты учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы обязаны объяснить свидетельствуемому лицу цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать соответствующую запись в акте освидетельствования о дате проведения собеседования.

13. В случае согласия на проведение реабилитационных мероприятий инвалид (или его законный представитель) подает заявление на имя руководителя учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы с просьбой о разработке ИПР, которая должна быть сформирована не позднее месячного срока после подачи указанного заявления.

14. Разработка ИПР состоит из следующих этапов: проведение реабилитационно-экспертной диагностики, оценка

реабилитационного потенциала, реабилитационный прогноз и определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

15. Разработка ИПР осуществляется специалистами учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы с привлечением (в случае необходимости) специалистов учреждений здравоохранения, службы занятости и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации, с обязательным участием заявителя.

16. В случаях, требующих применения сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, инвалид может быть направлен для разработки или коррекции ИПР в вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

17. Сформированная ИПР подписывается руководителем учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и инвалидом (или его законным представителем), заверяется печатью учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и выдается инвалиду на руки.

18. В случае отказа инвалида (или его законного представителя) подписать составленную ИПР программа приобщается к акту освидетельствования в учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы и не выдается на руки инвалиду.

19. Копия утвержденной ИПР в 3-дневный срок пересылается в орган социальной защиты населения.

20. Реализацию ИПР осуществляют организации, предприятия, учреждения независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, учреждения государственной службы реабилитации инвалидов, негосударственные реабилитационные учреждения, образовательные учреждения.

21. Координация реализации ИПР и оказание необходимого содействия инвалиду осуществляются органом социальной защиты населения.

22. Оценка результатов проведения мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации осуществляется специалистами учреждения государственной службы медико-

социальной экспертизы при очередном освидетельствовании инвалида или в порядке его динамического наблюдения.

23. Итоговая оценка результатов реализации ИПР выносится после коллегиального обсуждения соответствующими специалистами, утверждается руководителем учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы и доводится до сведения инвалида в доступной для него форме.

24. В случае несогласия с содержанием ИПР инвалид (или его законный представитель) может подать письменное заявление в вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

25. Главное бюро медико-социальной экспертизы субъекта РФ не позднее месячного срока со дня получения заявления выносит окончательное решение.

5.10. Обязанности органов социальной защиты населения по реализации ИПР

1. Осуществлять регистрацию инвалидов в журнале, нуждающихся в ИПР по направлению МСЭК.
2. При получении ИПР органы социальной защиты должны навестить инвалида сами, не ожидая его прихода к ним.
3. Определить учреждение, структуру, где инвалиду будет представлен комплекс реабилитационных услуг, мероприятий по выполнению ИПР.
4. Осуществлять контроль и координацию между учреждениями и структурами по реабилитации инвалида, согласно разделам ИПР, до полного ее выполнения.
5. Проверять и контролировать ежеквартально выполнение ИПР инвалидами.
6. Разъяснять инвалидам, освидетельствованным ранее на инвалидность бессрочно, об оформлении и получении ими ИПР в межрайонных бюро МСЭК.
7. Разъяснять инвалидам, прошедшим курс реабилитации, о необходимости явиться на переосвидетельствование в МСЭК с отметками в ИПР о проведении реабилитационных мероприятий.

5.11. Источники финансирования индивидуальных программ реабилитации инвалидов

Финансирование ИПР осуществляется из следующих источников:

1. За счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, государственных внебюджетных фондов и других источников, не запрещенных законодательством РФ.
2. За счет средств федерального бюджета финансируются проведение реабилитационных мероприятий, предоставление технических средств и оказание услуг, входящих в федеральную базовую программу реабилитации инвалидов.
3. В соответствии со ст. 13 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» мероприятия по медицинской реабилитации проводятся в рамках федеральной базовой программы обязательного медицинского страхования населения РФ за счет средств федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.
4. За счет средств бюджетов субъектов РФ финансируются проведение реабилитационных мероприятий, предоставление технических средств и оказание услуг, определенных в ИПР, за исключением случаев, предусмотренных в п. п. 28, 29 настоящего Примерного положения.
5. В соответствии со ст. 22 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» за счет средств предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности финансируется создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов вследствие производственной травмы или профессионального заболевания в рамках ИПР.
6. Финансирование реабилитационных мероприятий, предоставление технических средств и оказание услуг за счет средств физических лиц (в том числе и самих инвалидов) осуществляются в соответствии со ст. 11 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ». При этом инвалиду выплачивается компенсация в размере стоимости реабилитационного мероприятия, технического средства, оказания услуги, которые должны быть предоставлены ему в соответствии с ИПР.
7. Допускается финансирование ИПР на основе кооперирования бюджетных и внебюджетных средств.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ
УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ
НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ:
« ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ИНВАЛИДАМ И ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА»**

1. Понятия геронтологии и гериатрии.
2. Понятия старения и постарения населения, основные причины постарения населения. Признаки постарения населения.
3. Понятие пожилого возраста. Какой период жизни женщины и мужчины относится к пожилому возрасту в соответствии с классификацией Европейского бюро ВОЗ?
4. Принципы организации медицинской помощи лицам пожилого возраста.
5. Организационные задачи амбулаторно-поликлинической гериатрической службы.
6. Формы стационарного обслуживания больных пожилого возраста и инвалидов.
7. Организация системы социальной поддержки граждан через субъекты социальной поддержки.
8. Понятие социальной защиты инвалидов.
9. Понятие инвалидности и инвалида.
10. Врожденная и приобретенная инвалидность.
11. Категории инвалидов.
12. Классификация инвалидности по ВОЗ.
13. Функции МСЭК. Категории населения, принимаемые на освидетельствование на МСЭК.
14. Группы инвалидности без срока переосвидетельствования на МСЭК. Сроки переосвидетельствования на МСЭК.
15. Медико-социальная реабилитация инвалидов, пенсия, пособия, медицинское обслуживание, протезирование, содержание в государственных учреждениях.
16. Социальные аспекты реабилитации инвалидов: социальное обслуживание инвалидов, обеспечение транспортными средствами, социально-бытовое обеспечение жильем и жилищно-бытовые льготы.
17. Понятие реабилитации инвалидов, цели и задачи.
18. Федеральная программа реабилитации инвалидов.
19. Индивидуальная программа реабилитации инвалидов.
20. Государственная служба реабилитации инвалидов.

21. Профессиональная реабилитация инвалидов. Этапы реабилитации.
22. Установление квоты для приема на работу инвалидов.
23. Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов. Условия труда инвалидов.
24. Права, обязанности и ответственность работодателей в обеспечении занятости инвалидов.
25. Порядок и условия признания инвалида безработным.
26. Государственное стимулирование участия предприятий и организаций в обеспечении жизнедеятельности инвалидов.
27. Образование инвалидов.

ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ: «ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ И ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

1. Что такое социальное страхование?

- а) один из видов страхования в системе ОМС;
- б) один из видов в системе добровольного медицинского страхования;
- в) система, защищающая граждан от факторов социального риска и обеспечивающая материальная помощь при возникновении страхового случая;
- г) страхование на случай необходимости получения медпомощи, которая может осуществляться в материальном выражении.

2. Социальное страхование осуществляется в случае:

- а) болезни;
- б) кражи;
- в) несчастного случая;
- г) смерти;
- д) смерти родственников;
- е) потери трудоспособности;
- ж) наводнения;
- з) безработицы;
- и) переезда в другую местность;
- к) старости;
- л) материнства.

3. Что такое социальная защита?

- а) это сложная система, создаваемая с целью улучшения здоровья нации, решения социальных проблем ненасильственным путем;
- б) это сложная система ЛПУ, направленная на улучшение здоровья нации;
- в) это социальная защита интересов граждан, создаваемая страховыми компаниями.

4. Назовите принципы социальной защиты и социальной помощи инвалидам и лицам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации:

- а) адресность;
- б) необходимость в материальной помощи;
- в) доступность;
- г) гуманность;
- ж) конфиденциальность;
- з) профилактическая направленность;
- и) приоритетность оказания помощи гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

5. Назовите виды социального обслуживания инвалидов:

- а) материальная помощь;
- б) социальное обслуживание на дому;
- в) социальное обслуживание в стационарных учреждениях;
- г) предоставление временного приюта;
- д) дневное пребывание в учреждениях социального обслуживания;
- ж) направление в дома отдыха;
- з) консультативная помощь;
- и) реабилитационные услуги.

6. Что такое социальная поддержка населения?

- а) одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности;
- б) одноразовые мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности;
- в) эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

7. Кем осуществляется продление листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности более 30 дней?

- а) лечащим врачом;
- б) заведующим отделением;
- в) главным врачом медицинского учреждения;
- г) клинико-экспертной комиссией назначаемой руководителем медицинского учреждения.

8. Приведите критерии для признания гражданина инвалидом:

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма;
- б) ограничение жизнедеятельности;
- в) наличие каких-либо хронических заболеваний с частыми обострениями;
- г) необходимость осуществления мер социальной защиты.

9. Для достижения максимального эффекта реабилитации инвалидов необходимо наличие следующих видов реабилитации:

- а) медицинской;
- б) экономической;
- в) профессиональной;
- г) социальной.

10. Кто не допускается к работе в ночное время?

- а) все женщины;
- б) работники моложе 18 лет, беременные женщины и женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет;
- в) все работники старше 55 лет;
- г) инвалиды (с их согласия).

11. Имеется ли у администрации право уволить работающего инвалида за однократный прогул?

- а) да;
- б) нет.

12. Дополнительные гарантии занятости для отдельных категорий населения:

- а) установление квоты для приема инвалидов;
- б) гражданам, уволенным по сокращению, в соответствии с заключенными коллективными договорами (соглашениями) гарантируются после увольнения сохранение очереди на получение жилья по прежнему месту работы, а также возможность пользоваться лечебными учреждениями на равных условиях с гражданами, работающими в данной организации.

13. Величина пособия по беременности и родам женщинам составляет в процентах от минимального размера оплаты труда (МРО):

- а) 50 %;
- б) 100 %;
- в) 200 %;
- г) правильного ответа нет.

14. Кто подлежит обязательному медицинскому страхованию?

- а) дети;
- б) инвалиды
- в) неработающее население;
- г) всё население;
- д) работающее население.

15. Медико-социальная экспертная комиссия находится в ведении:

- а) органов здравоохранения;
- б) органов социального обеспечения.

16. К функциям медико-социальной экспертной комиссии относятся все, кроме следующих:

- а) продление временной нетрудоспособности;
- б) установление группы инвалидности;
- в) определение размеров пенсии;
- г) определение причинной связи инвалидности;
- д) определение времени фактического наступления инвалидности.

17. В состав первичных медико-социальных экспертных комиссий общего профиля в обязательном порядке входят:

- а) терапевт;
- б) ЛОР-врач;
- в) окулист;
- г) хирург;
- д) акушер-гинеколог;
- е) невропатолог.

18. Каков удельный вес инвалидов, обращающихся за медицинской помощью в течение года?

- а) 50—70%;

- б) 10—12%;
- в) 30—40%;
- г) 90 %;
- д) обращаются все.

19. Сколько раз в год в среднем обращаются инвалиды за амбулаторно-поликлинической помощью:

- а) 7 раз;
- б) 9 раз;
- в) 12 раз.

20. Что включается в понятие «социальное обеспечение»?

- а) наличие у медицинского учреждения собственности;
- б) право оперативного управления обособленным имуществом;
- в) наличие у медицинского учреждения самостоятельного баланса или сметы;
- г) наличие у медицинского учреждения Устава (Положения);
- д) все вышеперечисленное.

21. Существуют ли различия в понятиях «социальная защита» и «социальное страхование»?

- а) да;
- б) нет.

22. Кем осуществляется продление листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности более 30 дней?

- а) лечащим врачом;
- б) заведующим отделением;
- в) главным врачом медучреждения;
- г) клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем медучреждения.

23. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при необходимости перевода гражданина на легкую работу в случаях профзаболевания или туберкулеза?

- а) по решению клинико-экспертной комиссии на срок до 3 месяцев в году с отметкой «на легкую работу»;
- б) по решению клинико-экспертной комиссии до 5 месяцев с росписью председателя клинико-экспертной комиссии;

в) по решению клинико-экспертной комиссии не более 2 месяцев в году с отметкой «доплатный листок нетрудоспособности»;

г) по решению клинико-экспертной комиссии на срок до 3 месяцев в году с отметкой «на легкую работу» и росписью председателя клинико-экспертной комиссии;

д) по решению клинико-экспертной комиссии на срок до 6 месяцев в году с отметкой «на легкую работу» и росписью председателя клинико-экспертной комиссии.

24. На какой срок может быть продлен листок нетрудоспособности клинико-экспертной комиссией при благоприятном клиническом и трудовом прогнозах?

а) до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулеза) не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней;

б) до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 3 месяцев, в отдельных случаях не более 6 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней;

в) до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 12 месяцев, в отдельных случаях не более 18 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 45 дней;

г) на срок не более 6 месяцев, в отдельных случаях не более 10 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней;

д) до полного восстановления трудоспособности, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней.

25. Понятие социальной поддержки включает в себя:

а) одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности;

б) одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при наличии признаков социальной недостаточности;

в) одноразовые мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности;

г) эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

26. Основные категории жизнедеятельности следующие:

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к обучению;
- г) способность к трудовой деятельности;
- д) способность к ориентации во времени и в пространстве;
- и) способность к общению (установление контактов между людьми, переработка и передача информации);
- ж) способность контролировать свое поведение;
- з) верно все перечисленное.

27. Индивидуальные программы реабилитации инвалидов включают в себя следующие виды:

- а) экономическую;
- б) медицинскую;
- в) социальную;
- г) профессиональную;
- д) верно все перечисленное.

28. Социальная недостаточность это:

- а) социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья;
- б) нарушение трудовой деятельности человека вследствие каких-либо чрезвычайных обстоятельств, приводящих к потере дохода.

Примечание: в связи с изменениями показателей на основе принимаемых Государственной Думой и правительством Российской Федерации новых законодательных и нормативных актов цифровые значения могут изменяться.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Антипьева Н. В. Социальная защита инвалидов в Российской Федерации. – М. : Владос, 2002. – 224 с.
2. Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995 (с измен. и дополн. 24.07.1998; 04.01. и 17.07.1999; 27.05.2001; 29.12.2001; 30.12.2001; 10.01.2003; 23.10. 2003).
3. Закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 17.05.1995 (в ред. Федеральных законов от 10.01.2003 № 15-ФЗ от 22.08.2004 № 122-ФЗ).
4. Закон «О социальном обслуживании инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 (с измен. и дополн. 24.07.1998; 17.07.1999; 30.12.2001; 10.01.2003; 23.10.2003).
5. Колоколов Т. Р., Колосова Н. В., Никульникова О. В. Основы медицинского права. Курс лекций: учебное пособие. – М. : Изд-во «Экзамены», 2005. – 320 с.
6. Концепция Федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов» на 2006—2010 гг.» Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 сентября 2005 г. № 1515-р.
7. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. «Общественное здоровье и здравоохранение». Учебник. – М. : ГЭОТАР, 2002. – 528 с.
8. Медик А. В., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 2. Организация медицинской помощи. – М. : Медицина, 2003. – 456 с.
9. Миняев В. А., Вишняков Н. И. Общественное здоровье и здравоохранение. – М. : МЕДпрогресс-информ, 2002. – 528 с.
10. Трифонова И. А. Социально-гигиенические аспекты инвалидности и организация службы медико-социальной экспертизы в Томской области : Автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2004.
11. Нарзулаев С. Б., Куделина О. В., Лапина Г. Н., Парфинович С. В., Трифонова И. А. и др. Социальная защита инвалидов: учебно-методическое пособие. – Томск, 2004. – 104 с.

Дополнительная:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. – Ч. 1–3. – М. : ИКФ ЭКМОС, 2002. – 320 с.
2. Закон «О защите прав потребителей» (в ред. Федеральных законов от 09.01.1996 № 2-ФЗ, от 17.12.1999 № 212-ФЗ, от 30.12.2001 № 196-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 02.11.2004 № 127-ФЗ, от 21.12.2004

- № 171-ФЗ, от 27.07.2006 № 140-ФЗ, от 16.10.2006 № 160-ФЗ, от 25.11.2006 № 193-ФЗ).
3. Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 № 4741-1, Федеральных законов от 29.05.2002 № 57-ФЗ, от 23.12.2003 № 185-ФЗ, от 27.07.2006 № 137-ФЗ, от 29.12.2006 № 258-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 № 2288, Федеральным законом от 01.07.1994 № 9-ФЗ).
 4. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в ред. Федеральных законов от 21.07.1998 № 117-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 29.06.2004 № 58-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ).
 5. Закон «О социальной поддержке инвалидов Томской области» (название в ред. Закона Томской области от 06.02.2006 № 10-ОЗ). Принят постановлением Государственной Думы Томской области от 28.08.2003 № 790 (в ред. Закона Томской области от 06.02.2006 № 10-ОЗ).
 6. Закон РФ от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (с измен. и допол. от 02.06.1993; 09.01.1996; 17.12.1999; 30.12.2001). Собрание законодательства РФ. 1996. № 3. Перераб и допол.). – М., 2004.– С. 25—26.
 7. Закон РФ от 28.06.91 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 № 4741-1) с измен. от 24.12.1993; 01.07.1994; 29.05.2002; 23.12.2003 // Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РСФСР. – 1991. – № 27. – С. 1020.
 8. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 27.02.2003 № 29-ФЗ, от 30.06.2003 № 86-ФЗ, от 29.06.2004 № 58-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ (ред.29.12.2004) , от 01.12.2004 № 151-ФЗ, от 07.03.2005 № 15-ФЗ, от 21.12.2005 № 170-ФЗ, от 31.12.2005 № 199-ФЗ, от 02.02.2006 № 23-ФЗ, от 29.12.2006 № 258-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 № 2288).
 9. Проблемы законодательного обеспечения социальной защиты инвалидов в Российской Федерации // Аналитический вестник Совета Федерации ФЗ РФ. – 2003. – № 4 – С.197.
 10. Социальная защита инвалидов: учебно-метод. пособие / сост. С. Б. Нарзулаев, О. В. Куделина, Г. Н. Лапина, С. В. Парфинович и др. – Томск : Полиграфическая фирма «Star», 2004. – 104 с.
 11. Статистический ежегодник: Статист. сб. – Томск, 2006. – 288 с.

Учебное издание

Владимир Федорович Олейниченко
Валентина Яковлевна Ткачева
Ольга Владимировна Куделина
Равиль Манихович Тахауов

**Организация
медико-социальной помощи
инвалидам и лицам пожилого возраста
в Российской Федерации**

Учебное пособие

Под общей редакцией
д-ра мед. наук, профессора **Сергея Михайловича Хлынина**

Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-57-08
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru
Редактор И. А. Зеленская
Технический редактор И.Г. Забоенкова

Подписано в печать
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. л 5,2
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, г. Томск, ул. Московский тракт, 2