**Порядок установления инвалидности. Реабилитация инвалидов**

**Содержание**

Введение

1. Понятие инвалидности и ее причины

1.1. Понятие инвалидности

1.2. Причины инвалидности

2. Нормативно-правовое обеспечение деятельности государственной службы медико-социальной экспертизы

2.1. Задачи и организация деятельности учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы

2..2. Порядок проведения медико-социальной экспертизы

2.3. Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы

2.4. Критерии определения групп инвалидности

3. Реабилитация инвалидов

3.1. Понятие реабилитации инвалидов

3.2. Решение проблем инвалидности в Российской Федерации

Заключение

Список использованной литературы

**Введение**

На современном этапе развития общества проведение комплекса мер по социальной интеграции инвалидов в общество является одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

Актуальность проблемы определяется наличием в социальной структуре общества значительного количества лиц, имеющих признаки ограничения жизнедеятельности. Так, по оценкам экспертов ООН, инвалиды составляют 10 процентов общей численности населения. В России за последние годы отмечается тенденция к увеличению числа инвалидов. Если на 1 января 1998 г. на учете в органах социальной защиты населения субъектов Российской Федерации состояло 8,9 миллиона инвалидов, то уже на 1 января 1999 г. - более 9,6 миллиона инвалидов.

По оценке Министерства труда и социального развития Российской Федерации, в связи с неблагоприятной социально - экономической ситуацией в ближайшие годы ожидается дальнейшее увеличение числа инвалидов. Это свидетельствует о масштабности проблемы инвалидности и определяет необходимость принятия на государственном уровне комплекса мероприятий по созданию системы социальной защиты инвалидов, обеспечивающей интеграцию инвалидов в общество.

В стране происходят коренные изменения в подходах к определению и решению проблем инвалидности в соответствии с международными нормами. В настоящее время инвалидами признаются не только лица, у которых снижена или утрачена трудоспособность, но и лица, имеющие другие ограничения жизнедеятельности (самообслуживания, передвижения, общения, обучения). Это повлекло изменение государственной политики в отношении инвалидов: усиление реабилитационной направленности, структурную реорганизацию служб экспертизы и реабилитации инвалидов, развитие системы реабилитационной индустрии и формирование отечественного рынка средств реабилитации и реабилитационных услуг, оказываемых инвалидам.

Важная роль в социальной интеграции инвалидов в общество возложена Правительством РФ на социальных работников. Вполне очевидно, что от их профессионализма, от знания и точного выполнения своих обязанностей, от выполнения и соблюдения требований федерального законодательства и постановлений Минздрава и Минтруда, регламентирующих деятельность государственной службы медико-социальной экспертизы и службы реабилитации инвалидовзависят здоровье и судьбы сотен тысяч людей. В целом, от правильной организации работы специалистов в бюро медико-социальной экспертизы, зависит решение задач, стоящих перед государственными службами, отвечающими за социальную защиту и реабилитацию инвалидов, и главная из них снижение уровня инвалидности в Российской Федерации и возврат к нормальной жизни и труду сотен тысяч инвалидов.

Как видим, выбранная тема для исследования является весьма актуальной и своевременной, и ее результаты будут реально способствовать социальной интеграции инвалидов в общество.

Целью данной работы является анализ критериев определения инвалидности и порядок проведения медико-социальной экспертизы.

Объектом исследования являются процессы проведения в Российской Федерации медико-социальной экспертизы и назначения последующей индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Предметом исследования является деятельность государственной службы медико-социальной экспертизы.

Данная работа структурно состоит из трех взаимосвязанных глав, и для достижения указанной цели необходимо решить следующие задачи: в первой главе необходимо дать понятие инвалидности и назвать причины, приводящие к инвалидности. Во второй главе необходимо охарактеризовать задачи и организацию деятельности учреждений медико-социальной экспертизы; раскрыть классификацию и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, описать порядок проведения медико-социальной экспертизы, охарактеризовать критерии определения инвалидности. В третье главе дать понятие реабилитации инвалидов и обозначить возможные пути решения проблемы инвалидности в нашей стране.

Как представляется, решение данных задач, позволит достичь указанных целей данной работы.

**1. Понятие инвалидности и ее причины**

**1.1. Понятие инвалидности**

Исторически понятия «инвалидности» и «инвалид» в России связывались с понятием «нетрудоспособность» и «больной». И нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости. Представления о происхождении инвалидности укладывались в традиционные схемы «здоровье- заболеваемость» (хотя, если быть точным, заболеваемость – показатель нездоровья) и «больной – инвалид».

Последствия таких подходов создавали иллюзию мнимого благополучия, так как относительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста населения улучшались, из-за чего реальные стимулы к поиску истинных принц роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после 1992 года в России произошел перекрест линий рождаемости и смертности, и явления депопуляции нации приобрели отчетливый характер, сопровождаясь устойчивым ухудшением показателей инвалидности, возникли серьезные сомнения в правильности методологии статистического анализа инвалидности.

Специалисты долгое время рассматривали понятие «инвалидность», отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности, как основном показателе инвалидности.

Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может – определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев. Понятие «инвалид» сужалось до понятия «неизлечимо больной».

Таким образом, социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях отступала на второй план, и понятие «инвалид» не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии.

С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем инвалидности и инвалидов в связи со сложной социально-экономической ситуацией в стране утратили свою эффективность. А вместе с тем, инвалидность является одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человеком-инвалидом и обществом. Учитывая тот факт, что проблемы инвалидов затрагивают не только их личные интересы, но и в определенной степени касаются их семей, зависят от уровня жизни населения и других социальных факторов, можно констатировать, что их решение лежит в общенациональной, а не узковедомственной плоскости и во многом определяет лицо социальной политики государства.

В начале 90-х годов положение в области социальной политики, и в частности в области социального и медицинского обслуживания трудоспособного населения и инвалидов было более чем плачевное. Поэтому нужно было срочно создавать новые принципы социальной политики, приводить их в соответствие с нормами международного права.

Положение изменилось в лучшую сторону, после того, как Конституция РФ, провозгласила, что «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (ст. 41).

Данное положение признает право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах[[1]](#footnote-1), а также ст. 2 Протокола №1 от 20 марта 1952 г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому под охраной здоровья понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно - гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно - диагностическую, реабилитационную, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Конституция РФ также закрепила, что «Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом» (п.1. ст. 39). Это конституционное положение характеризует Россию, как социальное государство.

Как отмечают авторы, комментария к Конституции РФ, социальное обеспечение - это участие общества в содержании тех своих членов, которые из-за нетрудоспособности либо некоторых других, не зависящих от них причин, не имеют достаточных средств к существованию. Конституция признает право каждого гражданина на социальное обеспечение и одновременно возлагает на государство обязанность создавать все необходимые условия для беспрепятственного осуществления этого права[[2]](#footnote-2).

Закрепление в Конституции гарантий социального обеспечения является устойчивой традицией Российского государства и соответствует положениям международно-правовых актов: Всеобщей декларации прав человека (ст. 22 и 25); Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (ст. 9, ч. 1 - 3 ст. 10); Конвенции о правах ребенка (ч. 1 ст. 26) и др.

Государственная политика в области социальной защиты инвалидов, нашла дальнейшее отражение в Федеральном законе от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»[[3]](#footnote-3) (далее закон о Социальной защите).

Этот закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Этот закон устанавливает систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений их жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В ряду этих мер - медицинская реабилитация инвалидов, создание возможностей получения общего и профессионального образования, обеспечение занятости и условий труда, адекватных их возможностям, льготы при пользовании жилой площадью, транспортным обслуживанием, санаторно-курортным лечением и др.

Таким образом, принятие Конституции способствовало развитию законодательства о социальном обеспечении. Оно пополнилось нормами, учитывающими разнообразные потребности граждан, нуждающихся в социальной защите.

В соответствии со статьей 1. Закона о Социальной защите, - инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Расшифровка данного определения происходит через его структурные элементы:

Здоровье - состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

Нарушение здоровья - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Ограничение жизнедеятельности (далее по тексту ОЖД) - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

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

Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

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

Эти структурные элементы позволяют раскрыть сущность причин инвалидности и понятие реабилитации инвалидов.

Признание лица инвалидом в Российской Федерации осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством социальной защиты населения РФ и Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ.

**1. 2. Причины инвалидности**

В соответствии с пунктом 21 «Положения о признании лица инвалидом», Утвержденного Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965[[4]](#footnote-4), причинами инвалидности являются:

общее заболевание,

трудовое увечье. Устанавливается при несчастном случае и в зависимости от обстоятельства, при котором он произошел. Должен быть составлен акт о несчастном случае;

профессиональное заболевание,

инвалидность с детства (признаки инвалидности должны быть определены до 16 лет, у учащихся до 18 лет).

инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны,

военная травма или заболевание, полученные в период военной службы,

инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС (документом, подтверждающим вышеуказанное обстоятельство, является удостоверение участника ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС)[[5]](#footnote-5),

инвалидность, связанная с последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска,

а также другие причины, установленные законодательством РФ.

В случае отсутствия документов о профессиональном заболевании, трудовом увечье, военной травме и других обстоятельствах, предусмотренных законодательством РФ, учреждение устанавливает, что причиной инвалидности является общее заболевание, и одновременно оказывает содействие лицу в поиске необходимых документов, после получения которых изменяется причина инвалидности без дополнительного очного освидетельствования инвалида.

**2. Нормативно-правовое обеспечение деятельности государственной службы медико-социальной экспертизы**

**2.1. Задачи и организация деятельности учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы**

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы Государственной службой медико-социальной экспертизы, входящей в систему (структуру) органов социальной защиты населения Российской Федерации.

*Медико-социальная экспертиза* (далее - МСЭ) – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванной стойким расстройством функций организма. МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных.

МСЭ гражданина производится в учреждении по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно - профилактическому учреждению здравоохранения (далее - учреждение здравоохранения). В случае если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения лицо не может явиться в учреждение по состоянию здоровья, МСЭ может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя.

Порядок организации и деятельности Государственной службы МСЭ определяется Правительством РФ. Учреждения создаются, реорганизуются и ликвидируются по решению органов исполнительной власти субъектов РФ в порядке, установленном законодательством РФ.[[6]](#footnote-6)

Основными нормативно-правовыми актами, регламентирующим деятельность учреждений Государственной службы МСЭ, является Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Указ Президента РФ от 1 июля 1996 г. № 1011 "О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов»[[7]](#footnote-7), Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 № 965 "О порядке признании лица инвалидом" (вместе с "Положение о признании лица инвалидом ", "Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы'').

На Государственную службу МСЭ возлагаются:

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;

6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Государственная служба МСЭ, входит в систему (структуру) органов социальной защиты населения РФ. К учреждениям государственной службы МСЭ относятся бюро МСЭ (далее - бюро) и главное бюро МСЭ (далее - главное бюро).

Основными задачами этих учреждений являются:

определение группы инвалидности, ее причин (обстоятельств и условий возникновения), сроков и времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;

разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвалидов, включая их реабилитацию, и оценка эффективности этих мероприятий;

формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих;

участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, МСЭ, реабилитации и социальной защиты инвалидов.

Формирование сети бюро производится исходя из численности населения, проживающего на территории субъекта РФ, и числа освидетельствуемых в год граждан из расчета, как правило, одно учреждение на 70 - 90 тыс. человек при условии освидетельствования 1,8 - 2 тыс. человек в год.[[8]](#footnote-8)

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро общего профиля, специализированного профиля и смешанного профиля. Для проведения МСЭ лиц в возрасте до 18 лет могут образовываться бюро специализированного профиля.

*Бюро во время осуществления своей деятельности:*

определяет структуру и степень ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационный потенциал;

устанавливает факт наличия инвалидности, определяет группу, причины (обстоятельства и условия возникновения), сроки и время наступления инвалидности;

определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) работников, получивших увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, и необходимость осуществления дополнительных мер социальной защиты;

определяет причинную связь смерти пострадавшего лица с производственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего;

определяет потребность инвалидов в специальных транспортных средствах;

формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов (определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации), а также контролирует их реализацию;

оказывает разностороннюю помощь лицам, прошедшим МСЭ, в том числе в виде консультаций по юридическим вопросам, и содействует в обеспечении необходимой социальной защиты инвалидов, включая реабилитацию;

формирует банк данных о гражданах, прошедших МСЭ, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов и представляет соответствующие сведения в главное бюро;

принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и в разработке комплексных программ профилактики инвалидности;

предоставляет в соответствующие военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и лиц призывного возраста.

В штатный норматив Главного бюро входят несколько составов специалистов, принимающих экспертное решение, группы специалистов по функциональной диагностике, профориентации и организации труда инвалидов, их социально - средовой адаптации, а также специалисты служб юридического консультирования и информационно - статистического обеспечения. В состав специалистов, принимающих экспертное решение, входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации различного профиля (в зависимости от потребности в экспертно - реабилитационной диагностике), специалисты по социальной работе и психологи. В случае необходимости при главном бюро может быть создано стационарное отделение. *Главное бюро:*

проводит МСЭ лиц, обжаловавших решения бюро, и в случае необоснованности этих решений изменяет их;

проводит МСЭ граждан по направлениям бюро в случаях, требующих применения специальных методов обследования;

формирует и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов в случаях, требующих применения специальных методов обследования, а также контролирует их реализацию;

оказывает первичную реабилитационно - психологическую и профориентационную помощь гражданам, прошедшим МСЭ;

формирует банк данных субъекта РФ о гражданах, прошедших МСЭ, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на территории субъекта РФ, и представляет соответствующие сведения в орган социальной защиты населения субъекта РФ;

принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и в разработке комплексных программ профилактики инвалидности;

предоставляет в соответствующие военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и лиц призывного возраста;

*Учреждения для осуществления своих полномочий имеют право:*

направлять лиц, проходящих МСЭ, на обследование с целью уточнения их клинико - функционального диагноза и профессиональных возможностей в лечебно - профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, реабилитационные и другие государственные и муниципальные учреждения, осуществляющие деятельность в сфере МСЭ и реабилитации инвалидов;

запрашивать и получать от организаций всех форм собственности сведения, необходимые для принятия решения и выполнения других функций, возложенных на учреждения;

проводить контрольные освидетельствования инвалидов для динамического наблюдения за выполнением мероприятий, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

направлять специалистов в организации всех форм собственности с целью изучения условий труда инвалидов, контроля за осуществлением реабилитационных мероприятий и в других случаях, необходимых для выполнения функций, возложенных на учреждения.

**2..2. Порядок проведения медико-социальной экспертизы**

Гражданин направляется на МСЭ учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения. Лицо без определенного места жительства принимается на МСЭ по направлению органа социальной защиты населения.

Учреждение здравоохранения направляет в установленном порядке гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. В направлении[[9]](#footnote-9) учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Орган социальной защиты населения может направлять на МСЭ лицо, имеющее признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающееся в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

В случае отказа учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения в направлении на МСЭ лицо или его законный представитель имеет право обратиться в бюро МСЭ самостоятельно при наличии медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, и связанное с этим ограничение жизнедеятельности.

МСЭ лица проводится по его письменному заявлению либо письменному заявлению его законного представителя. Заявление подается на имя руководителя учреждения. К заявлению прилагаются направление учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение его здоровья.

Руководитель учреждения назначает состав специалистов учреждения, проводящих МСЭ лица и принимающих экспертное решение о признании лица инвалидом. Учреждение обязано ознакомить гражданина в доступной для него форме с порядком и условиями проведения МСЭ. Гражданин либо его законный представитель имеет право привлекать любого специалиста за счет собственных средств для участия в проведении МСЭ с правом совещательного голоса.

Специалисты учреждения, проводящие МСЭ, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально - бытовые, профессионально - трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр гражданина, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

ограничение жизнедеятельности;

необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов, принимающих экспертное решение, простым большинством голосов. Решение объявляется гражданину, проходившему МСЭ, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимающих это решение. Специалисты, принимающие экспертное решение, дают по нему разъяснения гражданину или его законному представителю. В тех случаях, когда состав специалистов учреждения не может принять экспертное решение, акт освидетельствования лица направляется в 3-дневный срок в главное бюро МСЭ, которое принимает решение по рассматриваемому вопросу в установленном порядке.

В случаях, требующих применения сложных видов экспертно - реабилитационной диагностики, специальных методов обследования, тестирования, а также получения дополнительных сведений, составляется программа дополнительного освидетельствования, которая утверждается руководителем учреждения и доводится до сведения заявителя в доступной для него форме.

Программа дополнительного освидетельствования может предусматривать проведение дополнительного обследования в лечебно - профилактическом, реабилитационном или другом учреждении, получение заключения главного бюро МСЭ, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально - бытового положения лица и другие меры.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного освидетельствования, специалисты учреждения принимают решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности.

В случае признания лица инвалидом специалистами учреждения, проводившими МСЭ, в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Программа утверждается руководителем учреждения и в 3-дневный срок после ее разработки направляется в орган социальной защиты населения. Данные индивидуальных программ реабилитации инвалидов вводятся в банк данных главного бюро МСЭ.

Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации[[10]](#footnote-10). Датой установления инвалидности считается день поступления в учреждение заявления гражданина о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами. Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня установления инвалидности.

**2.3. Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы**

В 1976 году Всемирная Ассамблея здравоохранения приняла международную классификацию нарушений снижения трудоспособности и социальной недееспособности. Она была принята в дополнение в Международной классификации болезней. Суть в том, что последствия болезней рассматриваются в виде последовательных состояний (болезнь – нарушения здоровья – ограничение жизнедеятельности – социальная недееспособность). Эта классификация была положена в основу следующего нормативно-правового акта «Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы», утвержденного Приказом Минздрава РФ № 30, Постановлением Минтруда РФ № 1 от 29.01.1997 [[11]](#footnote-11)

К этому документу есть методические рекомендации по применению классификации и временных критериев, используемых при осуществлении МСЭ, которые были выпущены в 1997:

Болезнь – внутреннее давление;

Нарушение – внешнее проявление болезни в виде расстройств организма или анатомической структуры;

Ограничение жизнедеятельности – невозможность выполнять основные компоненты повседневной жизни (или возможность выполнять их лишь частично);

Социальная недееспособность – это недостаток, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для него роль в обществе.

Эта классификация обстоятельств, которые ставят инвалида в невыгодное положение по сравнению со здоровым человеком и, таким образом, это есть проявление болезни на социальном уровне.

В свою очередь каждый из этих структурных элементов данной классификации, имеет свою классификацию.

Так, нарушением здоровья, считается - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Классификация нарушений основных функций организма человека:

нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).

нарушения статодинамической функции (стояния, равновесия, передвижения);

нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции (висцеральные и метаболические расстройства);

Классификация основных категорий жизнедеятельности.

*Способность к самообслуживанию* - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

*Способность к самостоятельному передвижению* - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

*Способность к обучению* - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

*Способность к трудовой деятельности* - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

*Способность к ориентации* - способность определяться во времени и пространстве, воспринимать сигналы посредством зрения, слуха, обоняния, осязания и реакция на эти сигналы.

*Способность к общению* - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

*Способность контролировать свое поведение* - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально - правовых норм.

Классификации нарушений функций организма по степени выраженности. Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

1 степень - незначительные нарушения функций;

2 степень - умеренные нарушения функций;

3 степень - выраженные нарушения функций;

4 степень - значительно выраженные нарушения функций.

Ограничение жизнедеятельности - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность. Степень ограничения жизнедеятельности - величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

Приведем классификацию ограничений жизнедеятельности по степени выраженности.

*1. Ограничение самообслуживания:*

*1 степень* - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

*2 степень* - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

*3 степень* - неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

2. *Ограничение способности к самостоятельному передвижению:*

*1 степень* - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния;

*2 степень* - способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

*3 степень* - неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц.

*3. Ограничение способности к обучению:*

*1 степень* - 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);

*2 степень* - способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

*3 степень* - неспособность к обучению.

4*. Ограничение способности к трудовой деятельности:*

*1 степень* - способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

*2 степень* - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств, и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

*3 степень* - неспособность к трудовой деятельности.

*5. Ограничение способности к ориентации:*

*1 степень* - способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств;

*2 степень* - способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

*3 степень* - неспособность к ориентации (дезориентация).

*6. Ограничение способности к общению:*

*1 степень* - способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

*2 степень* - способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) помощью других лиц;

*3 степень* - неспособность к общению.

*7. Ограничение способности контролировать свое поведение*:

*1 степень* - частичное снижение способности самостоятельно контролировать свое поведение;

*2 степень* - способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц;

*3 степень* - неспособность контролировать свое поведение.

Таким образом, в основе определения группы лежит три фактора: Степень нарушения функции. Ограничение жизнедеятельности. Социальная недееспособность, которая приводит к необходимости социальной защиты.

Они должны быть отражены в акте, медицинской карте больного.

**2.4. Критерии определения групп инвалидности**

Итак, признание лица инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством социальной защиты населения РФ и Министерством здравоохранения РФ.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет - категория "ребенок - инвалид".

При проведении МСЭ проводится комплексная оценка по следующим направлениями:

Клиническая диагностика, которая включает

клиническую форму основных и сопутствующих заболевания;

осложнения;

стадии патологического процесса;

течение заболевания;

характер нарушения функций;

степень нарушения функций;

клинический прогноз (благоприятный, неблагоприятный, сомнительный)

Психологическая диагностика

Социальная диагностика

Оценка социально-бытового статуса, профессионально-трудового и социально-бытового статусов: семейное положение, жилищно-бытовые условия, материальное положение, социально-бытовые взаимоотношения, возможность выполнения бытовой деятельности и её зависимость от технических и бытовых средств.

Оценка профессионально-трудового статуса; уровень образования (общего и профессионального), основная профессия и квалификация, профессиональный маршрут и стаж, соответствие психофизиологических требований, предъявляемых профессией к состоянию здоровья, профессия в которой работает сейчас, условия и характер труда, сохранность профессиональных навыков и знаний, способность к приобретению знаний, овладению навыками.

Результаты детального анализа по указанным разделам должны быть отражены в медико-экспертизном заключении с указанием следующих позиций:

Развернутый клинико-функциональный диагноз

Оценка социально-бытового статуса (сохранение или нарушение)

Оценка профессионально-трудового статуса (сохранение или нарушение);

Психологический диагноз

ОЖД с указанием категорий и степеней

Реабилитационный прогноз,

Группа, причины, сроки

Потребность в мерах социальной помощи или защиты.

Наличие неблагоприятного клинического и реабилитационного прогноза или сомнительного прогноза с тенденцией к неблагоприятному даже на фоне временно сохраненных функций организма и состояния жизнедеятельности, могут быть основанием для определения группы инвалидности.

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, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени;

- способности к передвижению третьей степени;

- способности к ориентации третьей степени;

- способности к общению третьей степени;

- способности контроля за своим поведением третьей степени.

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 следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени;

- способности к передвижению второй степени;

- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней;

- способности к обучению третьей, второй степеней;

- способности к ориентации второй степени;

- способности к общению второй степени;

- способности контроля за своим поведением второй степени.

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть основанием для установления II группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления II группы инвалидности.

Критерием для определения III группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени;

- способности к передвижению первой степени;

- способности к обучению первой степени;

- способности к трудовой деятельности первой степени;

- способности к ориентации первой степени;

- способности к общению первой степени.

Ограничение способности к общению первой степени и способности к обучению первой степени может быть основанием для установления III группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

Критериями установления инвалидности без срока переосвидетельствования являются: невозможность устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма; неэффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты; другие критерии, предусмотренные действующим законодательством.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничений жизнедеятельности лицу в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок - инвалид" на срок один год, два года или до достижения им возраста 18 лет в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством труда и социального развития РФ и Министерством здравоохранения РФ. (в ред. Постановления Правительства РФ от 26.10.2000 № 820)[[12]](#footnote-12)

**3. Реабилитация инвалидов**

**3.1. Понятие реабилитации инвалидов**

В соответствии со статьей 27 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г «Инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, *имеют право на* медико-социальную помощь, *реабилитацию,* обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку»[[13]](#footnote-13)

*Реабилитация инвалидов* - процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально - экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация[[14]](#footnote-14).

Реабилитация инвалидов включает в себя:

1) медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

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.

Комитет ВОЗ (1980г.) дал определение медицинской реабилитации: реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально-оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь инвалиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

Согласно международной классификации ВОЗ, принятой в Женеве в 1980 году, выделяют следующие уровни медико-биологических и психо-социальных последствий болезни и травмы, которые должны учитываться при проведении реабилитации: повреждение – любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций; нарушение жизнедеятельности – возникающие в результате повреждения, утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества; социальные ограничения – возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидуума.

В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». При этом именно качестве жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов.

Оптимальным является устранение или полная компенсация повреждений путем проведения восстановительного лечения.

Основные принципы медицинской реабилитации наиболее полно изложены одним из ее основоположников К. Ренкером (1980):

Реабилитация должна осуществляться, начиная с самого возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество (непрерывность и основательность).

Проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учетом всех её аспектов (комплексность).

Реабилитация должна быть доступной для всех кто в ней нуждается (доступность).

Реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющейся структуре болезней, а также учитывать технический прогресс и изменения социальных структур (гибкость).

С учетом непрерывности выделяют стационарный, амбулаторный, а в некоторых странах (Польша, Россия) – иногда еще и санаторный этапы медицинской реабилитации.

Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействия, реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий. Рогова М.А. в 1982 году выделила следующие аспекты этих мероприятий:

*Медицинский аспект* – включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана.

*Физический аспект* – охватывает все вопросы связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо- и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

*Психологический аспект* – ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

*Профессиональный* – у работающих лиц – профилактика возможного снижения или потери трудоспособности; у инвалидов – по возможности, восстановление трудоспособности; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения переквалификации.

*Социальный аспект* – охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства.

*Экономический аспект ­*– изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Одним из важнейших аспектов комплексного воздействия реабилитации является их *индивидуальный характер.* В случае признания лица инвалидом специалистами учреждения, проводившими МСЭ, в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее ИПРИ) (см. Приложение 1).

В ИПРИ определяются виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. Разработка ИПРИ 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. Реализация этой программы реабилитации возложена на Государственную службу реабилитации инвалидов. Координация реализации ИПР и оказание необходимого содействия инвалиду осуществляется органом социальной защиты населения. При реализации ИПРИ обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

Таким образом,ИПРИ - разработанный на основе решения Государственной службы МСЭ 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.

ИПРИ 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 ИПРИ, не может быть меньше установленного *федеральной базовой программой реабилитации инвалидов*, которая включает в себя гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.[[15]](#footnote-15)

Стоит отметить, что ИПРИ 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 ИПРИ 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.

Хотя ИПРИ является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно - правовых форм и форм собственности. Но отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от ИПРИ в целом, или от реализации отдельных ее частей, освобождает выше указанные органы от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Оценка результатов проведения мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации осуществляется специалистами учреждения государственной службы МСЭ при очередном освидетельствовании инвалида или в порядке его динамического наблюдения. Итоговая оценка результатов реализации ИПР выносится после коллегиального обсуждения соответствующими специалистами, утверждается руководителем учреждения государственной службы МСЭ и доводится до сведения инвалида в доступной для него форме[[16]](#footnote-16).

*Государственная служба реабилитации инвалидов* - совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов местного самоуправления, учреждений различного уровня, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Реабилитационными являются учреждения, осуществляющие процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами.

Порядок организации и деятельности Государственной службы реабилитации инвалидов определяется Правительством РФ. Координация деятельности в сфере реабилитации инвалидов осуществляется Министерством соцзащиты населения РФ.

Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ с учетом региональных и территориальных потребностей создают сеть реабилитационных учреждений и обеспечивают развитие системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организуют производство технических средств реабилитации, развитие услуг для инвалидов, способствуют развитию негосударственных реабилитационных учреждений при наличии у них лицензий на этот вид деятельности, а также фондов различных форм собственности и взаимодействуют с ними в осуществлении реабилитации инвалидов.

Финансирование реабилитационных мероприятий осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов РФ, федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, Государственного фонда занятости населения РФ, Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ (в соответствии с положениями об указанных фондах), других источников, не запрещенных законодательством РФ. Финансирование реабилитационных мероприятий, включая содержание реабилитационных учреждений, допускается на основе кооперирования бюджетных и внебюджетных средств.

**3.2. Решение проблем инвалидности в Российской Федерации**

Заканчивая данное исследование можно сказать, что в целом инвалидность как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора, включает в себя несколько аспектов: правовой; социальной-средовой; психологический; общественно-идеологический; производственно-экономический; анатомно-функциональный. Поэтому и решение проблемы инвалидности в нашей стране, должно предполагать комплексное решение.

Прежде всего, необходимо сначала решить общегосударственную проблему: чтобы органы исполнительной власти на местах все-таки начали выполнять гарантии и положения, закрепленные в Конституции РФ и федеральных законах, в том числе, и в области социальной защиты инвалидов: выделяли лекарства, протезы и т.п., путевки в санатории; квартиры, специально оборудованные для инвалидов автотранспортные средства – в общем, все, что предусмотрено законом.

Необходимы изменения содержания базы данных об инвалидах в государственной статистической отчетности с акцентом на отражение структуры потребностей, круга интересов, уровня притязаний инвалидов, их потенциальных способностей и возможностей общества, с внедрением современных информационных технологий и техники для принятия объективных решений.

Необходимо также создавать систему комплексной многопрофильной реабилитации, направленную на обеспечение относительно независимой жизнедеятельности инвалидов. Крайне важно развитие промышленной основы и подотрасли системы социальной защиты, населения, производящей изделия, облегчающие быт и труд инвалидов.

Необходимо также, чтобы предприятия производящие продукцию для жизнедеятельности инвалидов датировались в полной объеме и своевременно из федерального бюджета.

Необходимо более интенсивное развитие реабилитационной социально-средовой инфраструктуры, способствующей преодолению инвалидами физических и психологических барьеров на путях восстановления связей с окружающим миров. И здесь необходима целенаправленная государственная программа по изучению и внедрению передового мирового опыта в решении данной проблемы.

Необходима разработка современных реабилитационных технологий и внедрение их в практику работы учреждений государственной службы реабилитации инвалидов; создание центров медико-социальной реабилитации инвалидов и профилактики инвалидности на базе санаторно-курортных учреждений, находящихся в федеральной собственности.

Необходимо интенсивнее оснащать общественные объекты и учреждения специальным оборудованием в целях обеспечения их доступности для инвалидов.

В первую очередь необходимо увеличить адресное государственное финансирование на удовлетворение потребностей инвалидов. Нужно больше выделять средств на совершенствование нормативно - методического обеспечения, укрепление материально - технической базы и развитие сети учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы; на развитие инфраструктуры государственной службы реабилитации инвалидов, разработку и внедрение современных реабилитационных технологий; государственную поддержку общественных объединений инвалидов.

И конечно, нужна система подготовки высокооплачиваемых специалистов, владеющих методами реабилитационно-экспертной диагностики, восстановления способностей инвалидов в бытовой, общественной, профессиональной деятельности, способами формирования механизмов макросоциального окружения с ним.

Решение этих задач позволит наполнить новым содержанием деятельность государственных служб МСЭ - повышение качества МСЭ, реабилитации инвалидов в Российской Федерации может обеспечить ежегодно возврат к труду не менее 80 - 100 тыс. инвалидов; снизить уровень инвалидности в Российской Федерации примерно на 10 - 15 процентов и повысить качество жизни инвалидов[[17]](#footnote-17).

**Заключение**

Конституция признает право каждого гражданина на социальное обеспечение и одновременно возлагает на государство обязанность создавать все необходимые условия для беспрепятственного осуществления этого права.

Для реализации этого права в Российской Федерации были приняты нормативно-правовые акты определяющие и регламентирующие государственную политику в области социальной защиты инвалидов.

Целью этой политики на данном этапе развития является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ.

Одним из таких законов является Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который устанавливает систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений их жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В ряду этих мер - медицинская реабилитация инвалидов, создание возможностей получения общего и профессионального образования, обеспечение занятости и условий труда, адекватных их возможностям, льготы при пользовании жилой площадью, транспортным обслуживанием, санаторно-курортным лечением и др.

Этот закон регламентирует организацию деятельности Государственной службой медико-социальной экспертизы, входящей в систему органов социальной защиты населения Российской Федерации.

На данную государственную службу возлагается в частности, определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов; изучение уровня и причин инвалидности населения; участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов и пр. То есть от эффективной работы данной службы напрямую зависит снижение уровня инвалидности в стране.

Несмотря на законодательную регламентацию проведения комплекса мер по социальной интеграции инвалидов в общество, показатели реабилитации инвалидов в нашей стране остаются на низком уровне, и этому способствует ряд негативных тенденций, в частности хроническое недофинансирование всей социальной сферы, в том числе и реабилитационных мероприятий. Поэтому, для улучшения ситуации в данной области срочно нужно переходить от слов к конкретным делам, иначе в недалеком будущем, наше государство станет страной инвалидов и пенсионеров.

А сейчас, нам крайне необходима эффективная система подготовки высокооплачиваемых специалистов, владеющих методами реабилитационно-экспертной диагностики, восстановления способностей инвалидов в бытовой, общественной, профессиональной деятельности, способами формирования механизмов макросоциального окружения с ним.

**Список использованной литературы**

Нормативные акты

1. Конституция РФ // "Российская газета" – 1993 - № 237 – 25 дек
2. Международный пакт от 16.12.1966 "Об экономических, социальных и культурных правах"// Бюллетень Верховного Суда РФ.- 1994-№12
3. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» // "Ведомости СНД и ВС РФ"- 1993.- № 33.- ст. 1318
4. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 08.08.2001) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"//"Российская газета"- 02.12.1995. № 234
5. Указ Президента РФ от 1 июля 1996 г. № 1011 "О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов»// Собрание законодательства РФ - 1996- №28. -ст. 3359
6. Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 № 965 (ред. от 26.10.2000) "О порядке признании лица инвалидом" (вместе с "Положение о признании лица инвалидом ", "Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы''// "Российская газета", 21.08.1996. №158,
7. Постановление Правительства РФ от 26.10.2000 №820 "О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996г. № 965"// "Российская газета",- 02.11.2000-№ 212
8. Постановление Правительства РФ от 14.01.2000 № 36 "О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2000 - 2005 годы''// "Собрание законодательства РФ", -2000.- № 4.- ст. 393
9. Приказ Минздрава РФ № 30, Постановление Минтруда РФ № 1 от 29.01.1997 "Об утверждении классификации и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы"// "Здравоохранение".-1997.- № 3.
10. Постановление Минтруда РФ от 14.12.96 № 14 "Об утверждении примерного положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида" //"Бюллетень Министерства труда РФ", № 12, 1996
11. "Комментарий к Конституции Российской Федерации"/ под ред. Л.А. Окунькова. – М: Издательство БЕК, 1996

Книги, монографии, статьи

1. Большая медицинская энциклопедия. М: 1986
2. Дементьева Н.Ф., Устинова Э,В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. – М. ЦИЭТИН 1991.
3. Дементьева Н.Ф. Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника. В книге – Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 1992
4. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от презрения к реабилитации - Красноярск, 1993
5. Законодательство по социальной защите ветеранов и инвалидов в Российской Федерации/ Под ред. Л.П. Щуко. - М; Изд дом «Герда», 1998.
6. Социальное обслуживание населения и социальная работа за рубежом. – М., 1994 (Институт социальной работы ассоциации работников социальных служб).

1. Международный пакт от 16.12.1966 "Об экономических, социальных и культурных правах"// "Бюллетень Верховного Суда РФ", №12, 1994 [↑](#footnote-ref-1)
2. см: "Комментарий к Конституции Российской Федерации"/ под ред. Л.А. Окунькова. – М: Издательство БЕК, 1996 [↑](#footnote-ref-2)
3. "Российская газета", № 234, 02.12.1995. [↑](#footnote-ref-3)
4. Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 № 965 (ред. от 26.10.2000) "О порядке признании лица инвалидом" (вместе с "Положение о признании лица инвалидом ", "Примерным положением об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы''// "Российская газета", № 158, 21.08.1996. [↑](#footnote-ref-4)
5. В случае признания инвалидами вышеназванных лиц в соответствии с Законом Российской Федерации причина инвалидности устанавливается: "увечье связано с аварией на ЧАЭС", для инвалидов из числа военнослужащих и лиц, приравненных к ним по пенсионному обеспечению: "Увечье, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на ЧАЭС". [↑](#footnote-ref-5)
6. Расходы на содержание учреждений производятся за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-6)
7. Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 28, ст. 3359 [↑](#footnote-ref-7)
8. С учетом сложившихся социально - демографических, географических и других особенностей регионов бюро могут создаваться в расчете на иную численность населения и число освидетельствуемых в год граждан. [↑](#footnote-ref-8)
9. Форма направления учреждения здравоохранения на МСЭ утверждается Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ. Форма направления органа социальной защиты населения утверждается Министерством социальной защиты населения РФ. [↑](#footnote-ref-9)
10. Формы справки и индивидуальной программы реабилитации инвалида утверждаются Министерством социальной защиты населения Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-10)
11. Приказ Минздрава РФ № 30, Постановление Минтруда РФ № 1 от 29.01.1997 "Об утверждении классификации и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы"// "Здравоохранение", № 3, 1997 [↑](#footnote-ref-11)
12. Постановление Правительства РФ от 26.10.2000 №820 "О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996г. № 965"// "Российская газета", № 212, 02.11.2000 [↑](#footnote-ref-12)
13. 27 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) // "Ведомости СНД и ВС РФ", 19.08.1993, № 33, ст. 1318 [↑](#footnote-ref-13)
14. Приказ Минздрава РФ № 30, Постановление Минтруда РФ № 1 от 29.01.1997 "Об утверждении классификации и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы"//"Здравоохранение", № 3, 1997 [↑](#footnote-ref-14)
15. Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов и порядок ее реализации утверждаются Правительством РФ. [↑](#footnote-ref-15)
16. более подробно смотреть: постановление Минтруда РФ от 14.12.96 № 14 "Об утверждении примерного положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида" //"Бюллетень Министерства труда РФ", № 12, 1996 [↑](#footnote-ref-16)
17. более подробно смотреть: Постановление Правительства РФ от 14.01.2000 № 36 "О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2000 - 2005 годы''// "Собрание законодательства РФ", 24.01.2000, № 4, ст. 393 [↑](#footnote-ref-17)