

Проект Распоряжения Правительства Российской Федерации от 25 августа 2010 г.

1. Утвердить прилагаемую Концепцию совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.
2. Федеральным органам государственной власти, органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления муниципальных образований руководствоваться положениями Концепции совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов при решении задач в области социальной защиты инвалидов.
3. Минздравсоцразвития России обеспечить включение направлений Концепции в государственную программу «Доступная среда» на 2011-2015 годы.

***Председатель Правительства
Российской Федерации
В.В. Путин***

утверждена распоряжением
Правительства
Российской Федерации
от _____ № _____

КОНЦЕПЦИЯ
совершенствования государственной
системы медико-социальной
экспертизы и реабилитации инвалидов

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| I. Общие положения..... | 3 |
| II. Цели, задачи и основные направления совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов..... | 7 |
| III. Этапы совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов..... | 22 |
| IV. Основные результаты реализации Концепции..... | 23 |
| V. Механизм реализации, объемы и источники финансирования мероприятий Концепции..... | 24 |

I. Общие положения

Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов являются важными элементами системы обеспечения инвалидам условий для преодоления ограничений жизнедеятельности, направленными на создание им равных возможностей для участия в жизни общества.

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.

Институционально система государственной медико-социальной экспертизы включает:

федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы: Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации (84 единицы), главное бюро, осуществляющее медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, и их филиалы – бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (1936 единиц);

учреждения науки, специализирующиеся в области медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов (ФГУ «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов Федерального медико-биологического агентства», ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Федерального медико-биологического агентства» и ФГУ «Санкт-Петербургский практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов им Г.А.Альбрехта Федерального медико-биологического агентства»), подведомственные Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА России).

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

В реабилитационном процессе принимают участие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющие мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

В настоящее время в Российской Федерации функционирует 698 реабилитационных центров, учреждений и специализированных отделений, а также 11 колледжей-интернатов для инвалидов, подведомственных Минздравсоцразвития России.

Проблема комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации в последние годы постепенно из категории «социальной» перешла в категорию «национальной безопасности». Объясняется это тем, что на фоне устойчивой и долговременной убыли населения быстро увеличивается численность инвалидов в стране. Если в 1992 году в России было 3,98 млн. инвалидов, то сегодня их численность составляет 13,2 млн. человек. Ежегодно в учреждениях медико-социальной экспертизы освидетельствуется более 4 млн. человек, из них впервые признаются инвалидами около 1 млн. человек, повторно – 2,5 млн. граждан.

Существующая в настоящее время нормативная правовая база не обеспечивает должной объективности в установлении инвалидности и назначения реабилитационных мероприятий, что сказывается на качестве медико-социальной экспертизы. В связи с этим доля измененных решений бюро медико-социальной экспертизы главными бюро медико-социальной экспертизы по обжалованию граждан среди всех проверенных решений по обжалованию составляет более 10 процентов.

Специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируется, что при сохранении действующей системы медико-

социальной экспертизы и реабилитации инвалидов к 2015 году численность взрослых инвалидов в Российской Федерации составит 15,3 – 15,5 млн. человек. Это увеличение числа инвалидов произойдет на фоне продолжающегося демографического кризиса

В 90-е годы прошлого столетия были утрачены некоторые достижения профилактической медицины, ухудшились основные показатели здоровья (продолжительность жизни, рождаемость, смертность, инвалидность).

Существующие реабилитационные учреждения социальной направленности работают без достаточной координации своих действий, разрозненно, и это резко отрицательно сказывается на эффективности реабилитационного процесса.

Действующая система медико-социальной экспертизы и реабилитации предполагает неоднократное посещение гражданами ряда учреждений, затрату времени и усилий для получения документов, необходимых для предоставления экспертных и реабилитационных услуг.

Крайне медленно в работу структур участвующих в решении проблем комплексной реабилитации внедряются современные информационные технологии. Это приводит, с одной стороны, к низкой эффективности работы данных структур, а, с другой, затрудняют контроль целевого использования выделяемых для решения этой задачи средств.

В настоящее время лишь 10 процентов инвалидов трудоспособного возраста продолжают трудиться.

Реальное трудоустройство инвалидов и, как следствие, создание условий для их экономической независимости затруднено отсутствием стройной системы их профессиональной реабилитации, включающей профессиональную ориентацию, подготовку, переподготовку и рациональное трудоустройство. Особенно остро стоит вопрос оценки доступности рабочих мест для инвалидов с учетом объективно имеющих у них ограничений способности к трудовой деятельности.

Таким образом, недостатки в решении проблем комплексной реабилитации инвалидов носят системный характер, и устранить их можно только в результате поэтапного совершенствования системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Организационное и институциональное совершенствование систем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов является одним из

основных направлений Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.

Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая их профессиональную ориентацию и трудоустройство, предусмотрено Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденными распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и подписанная Российской Федерацией 24 сентября 2008 г. (далее – Конвенция), устанавливает международные обязательства государств – участников в области реабилитации инвалидов, предусматривающие осуществление мер по предоставлению инвалидам возможностей для достижения и сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения и вовлечения во все аспекты жизни общества, - путем организации, укрепления и расширения комплексных реабилитационных услуг и программ.

Настоящая Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (далее – Концепция) определяет цели, задачи, основные направления и этапы совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, с учетом достигнутого уровня ее развития, национальных и международных обязательств Российской Федерации, отечественного и зарубежного опыта, а также положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

II. Цели, задачи и основные направления совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Целями Концепции являются, повышение объективности, доступности и эффективности экспертных и реабилитационных мероприятий в целях обеспечения соответствия принципов и механизмов их осуществления требованиям Конвенции.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения двух основных задач:

повышение уровня объективности оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов и мер по их преодолению;

повышение доступности и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг и технических средств реабилитации.

Основными направлениями решения задач совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и повышения доступности реабилитации инвалидов являются:

разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, с учетом положений МКФ;

совершенствование учета инвалидов;

улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая взаимодействие с общественными организациями инвалидов;

развитие инфраструктуры реабилитации инвалидов;

обеспечение физической и информационной доступности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

2.1. Разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, с учетом положений МКФ

Действующие классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными

государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, учитывают подходы к определению понятия «инвалид», закрепленного в федеральном законодательстве. Данные подходы разработаны на основе Международной классификации болезней (МКБ) и описывают инвалидность, основываясь только на наличии дефекта или заболевания. Между тем инвалидность – сложное эволюционирующее явление, ее виды и степень выраженности, в том числе зависят от большого количества факторов окружающей среды и личности инвалида.

Действующие классификации и критерии не позволяют обеспечивать объективность, достоверность оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов, а также потребности инвалидов в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию, разрабатывать и осуществлять эффективную реализацию индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Кроме того, они затрудняют оперативное предоставление услуг инвалидам, в том числе за счет внедрения электронного документооборота.

В связи с этим необходима разработка новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы, целью которых является повышение качества медико-социальной экспертизы.

Достижение поставленной цели возможно при решении задачи создания условий для объективизации оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов, определения инвалидности граждан, потребностей инвалидов в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию, для чего необходимо разработать новые классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы с учетом МКФ.

Применение предусмотренной МКФ классификации функций и структур организма, активности и участия, в том числе по степени выраженности, а также факторов окружающей среды, позволит с высокой степенью достоверности и объективности оценивать функциональное здоровье индивида с биологической, психологической и социальной точек зрения и определять его нуждаемость в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию.

Кроме того, с учетом положений МКФ будут законодательно или нормативно определены рамки для описания указанных показателей «универсальным» языком - в виде системы буквенно-цифровых кодов, что обеспечит идентификацию преимущественных видов ограничений жизнедеятельности у инвалидов, доступности физического и информационного окружения с целью устранения индивидуальных барьеров службами, ведомствами и другими организациями вне зависимости от организационно-правовых форм и форм собственности. Эти коды будут указывать на необходимость помощи при передвижении, нуждаемость в сопровождении и учитываться вышеуказанными службами при предоставлении услуг инвалидам.

Для обеспечения избирательности мер социальной поддержки инвалидов в различных жизненных ситуациях, с помощью МКФ предусматривается разработать и нормативно установить кодификатор социально значимых категорий инвалидности в зависимости от вида и тяжести ограничения жизнедеятельности с выделением следующих основных групп инвалидов, дифференцированных по преимущественному виду помощи, в которых они нуждаются:

А) тяжелые инвалиды – нуждающиеся в постоянном постороннем уходе, надзоре и помощи другого человека;

Б) самостоятельно не могут передвигаться, нуждаются в постоянной помощи других лиц для осуществления передвижения;

В) самостоятельно себя не обслуживают, нуждаются в постоянном постороннем уходе и помощи других лиц;

Г) самостоятельно не ориентируются, нуждаются в постоянной посторонней помощи и сопровождении (в том числе, вследствие слепоты);

Д) не контролируют свое поведение, нуждаются в постоянном надзоре и сопровождении (в том числе, вследствие психических расстройств);

Ж) инвалиды, нуждающиеся в частичной посторонней помощи, уходе и надзоре (преимущественно вне дома);

З) передвижение ограничено, нуждается в посторонней помощи при передвижении вне дома;

Е) нуждается в частичной посторонней помощи при выполнении отдельных действия по самообслуживанию;

К) нуждается в частичной помощи при передвижении вне дома (в том числе, вследствие слабovidения);

Л) нуждается в частичной коррекции, надзоре и сопровождении вне дома (в том числе, вследствие психических расстройств);

М) глухонмота со снижением интеллекта и невозможностью обучения речи;

Н) инвалиды, нуждающиеся в специализированной помощи в отдельных жизненных ситуациях (преимущественно вне дома);

О) нуждается в специализированной помощи в отдельных жизненных ситуациях (в том числе, глухие, нуждающиеся в услугах сурдопереводчика).

Каждой группе будет нормативно установлен буквенно-цифровой код, что позволит упростить и систематизировать деятельность всех учреждений, служб и организаций по предоставлению инвалидам услуг и видов помощи, предусмотренных законодательством.

Таким образом, МКФ позволит создать эффективный инструмент для реализации обязательств, определенных национальным законодательством, а также международными соглашениями, в которых участвует Российская Федерация.

МКФ не содержит условий для установления гражданам инвалидности и не расширяет оснований для признания лица инвалидом, а четко идентифицирует преимущественный вид ограничений жизнедеятельности инвалида. При этом система буквенно-цифровых кодов будет являться дополнением к существующей системе классификации, используемой при осуществлении медико-социальной экспертизы.

В связи с этим переход на новые классификации осуществления медико-социальной экспертизы не повлечет за собой роста числа инвалидов.

Основными условиями для перехода на новые классификации являются:

обеспечение стабильности в период преобразований;

этапность преобразований;

сохранение действующих механизмов до перехода на новую классификацию;

экспериментальная отработка разрабатываемых новых классификаций в пилотных регионах;

преемственность лучшего опыта;

предварительная профессиональная подготовка кадрового потенциала системы медико-социальной экспертизы.

Существующая штатная численность учреждений медико-социальной экспертизы в количестве 45 тыс. человек, а также наличие 698 реабилитационных центров, учреждений и специализированных отделений по своим количественным показателям являются достаточной базой для реализации основных направлений концепции, в связи с чем не предполагается увеличение численности персонала.

В то же время изменение деятельности экспертов и работников реабилитационных учреждений с учетом положений МКФ и Концепции потребует поэтапной профессиональной переподготовки примерно 80% специалистов, в том числе в связи со структурными изменениями учреждений. Организацию переподготовки предусматривается осуществить на базе Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов и Федерального бюро медико-социальной экспертизы.

2.2. Совершенствование учета инвалидов

В настоящее время государственные и региональные информационные ресурсы в отношении инвалидов существуют в условиях отсутствия единой системы учета в виде обособленных ведомственных информационных систем, существенно отличающихся по целям создания и функционирования, структурам и качествам данных.

Органами, обладающими вышеуказанными системами, являются: федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы, лечебно-профилактические учреждения, федеральные государственные протезно-ортопедические предприятия, государственные внебюджетные фонды, органы и учреждения социальной защиты населения, органы государственной службы занятости населения субъектов Российской Федерации. Содержащиеся в данных информационных системах сведения об

инвалидах не всегда доступны иным органам государственной власти, органам местного самоуправления для оперативного практического использования.

Внутриведомственный характер информационно-коммуникационных технологий не позволяет обеспечить координацию и межведомственное взаимодействие при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, осуществлять мониторинг и оценку хода и результатов реабилитационных услуг.

Использование различных информационных технологий (форматов данных, протоколов обмена и др.), низкий уровень автоматизации и отсутствие всеобъемлющей, унифицированной классификации, справочников и других документов информационно-методического характера ограничивают возможности интеграции, обобщения и комплексного анализа информации, содержащейся в различных системах, а также затрудняют доступ к указанным государственным ресурсам организаций и граждан.

В результате осложняется использование баз данных в режиме «реального времени» при осуществлении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, проведении анализа и прогнозировании инвалидности, ее причин, реализации индивидуальных программ реабилитации, а также при оценке эффективности предоставленных реабилитационных услуг и расходования бюджетных средств.

В связи с этим предполагается на основе имеющихся информационных баз данных об инвалидах в соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» установить единую систему учета инвалидов в Российской Федерации, в том числе детей-инвалидов, организовать на основе этой системы статистическое наблюдение за социально-экономическим положением инвалидов и их демографическим составом. Это позволит в режиме реального времени и в соответствии с законодательством Российской Федерации проводить анализ и прогнозировать инвалидность, ее социальные и медико-биологические причины, оценивать результаты реализации индивидуальных программ реабилитации, обеспечения доступности физического и информационного окружения конкретного инвалида и на их основе принимать необходимые решения для предоставления

высококачественных услуг по медико-социальной экспертизе, реабилитации инвалидов и эффективного расходования бюджетных средств, выделяемых на эти цели. Кроме того, решение указанной задачи позволит оценивать эффективность работы по реабилитации и социальной интеграции инвалидов на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Введение единой системы учета инвалидов в Российской Федерации позволит отображать и передавать, в том числе данные об экспертизе и прохождении реабилитационного «маршрута» инвалидов, а также о результатах реабилитационных мероприятий, что даст возможность решить ряд вопросов, имеющих ключевое значение для разработки стратегии профилактики инвалидности, направлений реабилитации инвалидов, информационно-справочной поддержки граждан и организаций.

Основными источниками информации для ведения единой системы учета инвалидов предусматривается определить:

федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи;

базу данных Федерального медико-биологического агентства о результатах медико-социальной экспертизы и реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов;

статистические наблюдения Фонда социального страхования Российской Федерации и уполномоченных органов субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения о предоставлении инвалидам технических средств реабилитации, в том числе протезно-ортопедических изделий, и услуг по санаторно-курортному лечению;

статистические наблюдения Минздравсоцразвития России и уполномоченных органов субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения о предоставлении инвалидам мер социальной поддержки по улучшению жилищных условий, оплате жилой площади и коммунальных услуг;

статистические наблюдения Минздравсоцразвития России по осуществлению восстановительных медицинских мероприятий и реконструктивной хирургии для инвалидов;

статистические наблюдения Федеральной службы по труду и занятости и уполномоченных органов субъектов Российской Федерации в сфере

занятости населения по осуществлению профессиональной ориентации, содействия в трудоустройстве, трудовой адаптации.

Установление единой системы учета инвалидов в Российской Федерации должно осуществляться на основе следующих принципов:

обеспечение высокого качества (целостность, валидность, взаимоувязанность) информации;

сохранение конфиденциальности персональных данных инвалидов и других заявителей;

поддержка различных форматов данных, сформированных в отношении инвалида и его окружения институционально обособленными ведомственными структурами, унифицированных в соответствии с МКФ;

наличие и взаимосвязь двух уровней (федеральный и региональный), каждый из которых реализует набор функций в рамках государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в соответствии с их компетенциями и существующими обязательствами в отношении инвалидов.

Введение единой системы учета инвалидов в Российской Федерации будет осуществляться в рамках единого комплекса мер по информатизации и построению инфраструктуры электронного Правительства.

2.3. Улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая взаимодействие с общественными организациями инвалидов

В настоящее время осуществление медико-социальной экспертизы и реабилитации предполагает непосредственное последовательное, иногда неоднократное, посещение гражданами ряда учреждений – лечебно-профилактических, медико-социальной экспертизы, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, протезно-ортопедических предприятий и т.п. В основном это вызвано не объективной необходимостью, а несовершенством процедур, схем и документов межведомственного организационного и информационного взаимодействия.

В связи с этим предполагается разработать и внедрить в практику технологии проведения медико-социальной экспертизы и реабилитации

инвалидов, сокращающие «маршрут» движения граждан, затраты их времени и усилий, связанных с получением документов, необходимых для предоставления экспертных и реабилитационных услуг, что, в свою очередь, потребует:

усовершенствовать систему управления органами и учреждениями, осуществляющими государственные функции и оказывающими государственные услуги в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, уточнить их компетенцию, нормативную, методическую, информационную основу деятельности с целью повышения ее эффективности, а также снижения риска коррупциогенности;

обобщить, систематизировать и актуализировать положения национальных стандартов Российской Федерации по реабилитации инвалидов;

обобщить, систематизировать и актуализировать с позиций принципа доступности и «универсального дизайна» положений действующих технических регламентов, национальных стандартов Российской Федерации, сводов правил (СП), строительных норм и правил Российской Федерации (СНиП), инструкций и рекомендаций, иных нормативных документов, устанавливающих требования доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения к зданиям и сооружениям;

разработать технологии организации и проведения медико-социальной экспертизы и предоставления реабилитационных услуг инвалидам, с использованием электронного документооборота;

разработать механизм взаимодействия органов и учреждений государственной системы медико-социальной экспертизы с организациями, предоставляющими реабилитационные услуги инвалидам, в том числе с медицинскими организациями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь, вне зависимости от организационно-правовых форм и форм собственности, отражающих единство системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

разработать и внедрить в практику лечебно-профилактических учреждений новую форму направления на медико-социальную экспертизу граждан, формируемую на базе стандартов обследования граждан в лечебно-профилактических учреждениях при направлении на медико-социальную экспертизу, предусмотрев электронный вариант данной формы и

возможность ее передачи в учреждение медико-социальной экспертизы в электронном виде, что должно стать единой интегрированной информационно-аналитической системой автоматизации взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и учреждений медико-социальной экспертизы;

разработать административные регламенты проведения медико-социальной экспертизы и реабилитации (абилитации) инвалидов, включая административные регламенты предоставления государственных услуг по профориентации, обучению и трудоустройству инвалидов;

организовать обучение специалистов государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации (абилитации) инвалидов работе с использованием технологий электронного документооборота, базирующихся на новых классификациях, основанных на МКФ;

провести экспериментальную отработку технологии работы с использованием технологий электронного документооборота в пилотных регионах, с последующим ее распространением в регионах Российской Федерации с учетом результатов проведенных экспериментов;

разработать, совместно с всероссийскими общественными организациями инвалидов предложения по развитию реабилитационных услуг, оказываемых негосударственным сектором экономики.

2.4. Развитие инфраструктуры реабилитации инвалидов

Целью реабилитации инвалидов является наделение их возможностью самостоятельно участвовать во всех аспектах жизни, в том числе заниматься трудовой деятельностью.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, включая слухопротезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию; социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Система медицинской реабилитации должна быть единой для инвалидов и граждан, не являющихся инвалидами и выстраиваться в

медицинском учреждении, как неделимая и целостная система реабилитации.

Такой же подход будет реализовываться для профессиональной и социальной реабилитации отдельных групп населения, включая инвалидов, пенсионеров, безработных.

Предполагается провести мероприятия по модернизации деятельности существующих реабилитационных центров, путем создания в них условий для организации обучения инвалидов самостоятельности (обучение навыкам персонального ухода, технике и методическим приемам самообслуживания, обучение пользования техническими средствами реабилитации (далее – ТСР), обучение передвижению, организации быта, в которых нуждается инвалид для самостоятельного проживания), возможности предоставления инвалидам услуг по профессиональной реабилитации (профессиональное информирование, консультирование, профессиональный отбор, профессиональный подбор, профессиональная тренировка, оказание помощи по пути к месту работы и обратно), а также занятий физкультурой и спортом.

Концепция предусматривает меры, направленные на повышение эффективности реабилитационных услуг, в том числе, путем совершенствования механизма предоставления ТСР, включая протезно-ортопедические изделия.

В рамках ФЦП «Социальная поддержка инвалидов на 2006-2010 годы» по направлению «Развитие отечественного протезостроения. Разработка и внедрение современных реабилитационных технологий оказания протезно-ортопедической помощи инвалидам» были разработаны национальные стандарты на продукцию и услуги протезно-ортопедических предприятий и учреждений, требования к услугам организаций, осуществляющих реабилитацию инвалидов; осуществлялась разработка новых образцов материалов для производства протезно-ортопедических изделий и их компонентов, новых моделей протезно-ортопедических изделий, отвечающих современным требованиям.

Выполненные мероприятия в области стандартизации заложили основу для дальнейшего развития нормативной базы по повышению качества и

расширению номенклатуры, производимой протезно-ортопедическими предприятиями продукции и оказываемых ими услуг.

Вместе с тем, остается нерешенным ряд проблем, среди которых отсутствие инвестиционно-привлекательных условий для протезостроения, недостаточный уровень квалификации специалистов и эффективности механизмов управления деятельностью протезно-ортопедическими предприятиями и их имущественным комплексом.

В настоящее время наметилось существенное отставание отечественного уровня производства ТСП от мирового. Устарели технологии и оборудование, используемые при производстве ТСП, материалов (узлов, полуфабрикатов, сырья) для их изготовления. Как следствие, значительная часть ТСП и их компонентов приобретает за рубежом, что порождает неоправданный рост расходов федерального бюджета на эти цели. Механизмы управления протезно-ортопедическими предприятиями не способствуют инновационному развитию. Организация обеспечения инвалидов ТСП также не способствует эффективной реабилитации инвалидов, достижению их экономической и социальной самостоятельности, эффективному использованию средств федерального бюджета.

В то же время мировой опыт свидетельствует, что производство средств, обеспечивающих доступность и индивидуальную мобильность, ТСП, в том числе протезостроение и протезирование, включая слухопротезирование, не являются дотационными видами экономической деятельности, а представляют собой высокотехнологичные виды бизнеса, успешно развивающиеся в конкурентной рыночной среде.

В современных условиях система управления государственными предприятиями, производящими ТСП, включая протезно-ортопедические изделия, должна стать гибкой и использовать все механизмы, доступные другим субъектам рыночной экономики. Любые изменения принципов управления этими предприятиями должны учитывать социальную значимость, обеспечивать их стабильное функционирование, а также учитывать возможные негативные последствия и риски.

Основными направлениями развития инфраструктуры производства и обеспечения инвалидов ТСР и сопутствующими услугами (наладка/настройка, обучение, ремонт и т.д.) являются:

создание инвестиционно-привлекательных условий для протезостроения и протезирования, включая слухопротезирование;

повышение квалификации сотрудников государственных предприятий, производящих ТСР, включая протезно-ортопедические изделия и сопутствующие услуги, за счет организации обучения специалистов в области протезостроения и протезирования, включая слухопротезирование;

разработка механизма предоставления реабилитационных услуг с учетом потребностей и индивидуального выбора инвалида;

совершенствование механизма ценообразования, оптимизацию имущественного комплекса предприятий, в том числе их реорганизацию.

При этом необходимо обеспечить стабильность функционирования существующих государственных предприятий, производящих ТСР, в период преобразований, с целью недопущения ухудшения условий обеспечения инвалидов продукцией (этапность преобразований, преемственность лучшего опыта, сохранение кадрового потенциала).

В рамках развития инфраструктуры производства и обеспечения инвалидов ТСР предполагается предусмотреть:

разработку способов государственной поддержки отечественных производителей;

меры по импортозамещающему развитию протезно-ортопедической отрасли в Российской Федерации в части производства протезно-ортопедических изделий, сырья, материалов и комплектующих.

Предполагается продолжить работу по совершенствованию порядка предоставления инвалидам ТСР, включая освоение новых механизмов взаимодействия органов государственной власти и негосударственных организаций в этой сфере в целях обеспечения наиболее удобных для инвалидов «схем» и «маршрутов» оформления предоставляемых ему услуг и изделий.

Будут уточнены функции реабилитационных учреждений и механизмы их взаимодействия с федеральными и региональными учреждениями науки, образования и здравоохранения, государственной службы занятости.

Важным направлением повышения эффективности реабилитационных услуг инвалидам должна стать разработка новых подходов к организации реабилитации инвалидов, при которых будут созданы условия для проведения их комплексной медицинской и социальной реабилитации. В связи с этим предполагается:

перепрофилирование отдельных образовательных, санаторно-курортных и лечебно-профилактических учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России, в реабилитационные учреждения, с учетом обеспеченности реабилитационными услугами населения, в том числе детей-инвалидов;

отработка правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечивающих эффективное взаимодействие органов и учреждений, оказывающих реабилитационные услуги инвалидам – как государственных, так и негосударственных (коммерческих и некоммерческих), в том числе услуг в области здравоохранения, образования, профессиональной ориентации и трудоустройства, на федеральном и региональном уровнях.

Конвенция ООН о правах инвалидов признает, что для инвалидов важна их личная самостоятельность и независимость, включая свободу делать свой собственный выбор. Исходя из этого, Концепция предусматривает разработку и внедрение нового механизма предоставления реабилитационных услуг и товаров реабилитационного назначения с учетом потребностей и индивидуального выбора инвалида и в пределах стоимости таких товаров и услуг в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

2.5. Обеспечение физической и информационной доступности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Обеспечение физической и информационной доступности для инвалидов является одним из принципиальных положений российского законодательства о социальной защите инвалидов, а также Конвенции ООН о правах инвалидов. Между тем, как показывают данные социологических опросов и других объективных измерений, в настоящее время физическая и информационная доступность окружающей среды для инвалидов, в том числе объектов государственной системы медико-социальной экспертизы и

реабилитации в Российской Федерации находится на низком уровне. В этих условиях любые самые высокоэффективные решения и мероприятия в области экспертизы и реабилитации не принесут ощутимых результатов.

Обеспечение, в соответствии с настоящей Концепцией, доступности объектов государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов предполагает, в частности:

приспособление входных групп, лестниц, пандусных съездов, путей движения внутри зданий, зон оказания услуг, санитарно-гигиенических помещений, прилегающих территорий;

оборудование зданий и сооружений лифтами и подъемными устройствами с системой голосового оповещения;

оснащение зданий и сооружений системами противопожарной сигнализации и оповещения с дублирующими световыми устройствами, информационными табло с тактильной (пространственно-рельефной) информацией.

Перечень основных мероприятий по формированию информационной и физической доступности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов включает:

разработку, с учетом международных стандартов, современного отечественного и зарубежного опыта, новых нормативных правовых, методических, проектных документов и материалов по обеспечению физической и информационной доступности объектов государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

устранение, в ходе нового строительства, реконструкции и ремонта, физических барьеров, мешающих доступности зданий и сооружений для инвалидов;

устранение, путем создания и внедрения новых информационных технологий и технических средств, информационных барьеров, мешающих доступности информационных, коммуникационных и других услуг, оказываемых инвалидам;

закрепление стратегии «универсального дизайна» в качестве одного из важнейших принципов технического регулирования в области разработки и внедрения оборудования, программ, услуг, а также строительства объектов транспортной и социальной инфраструктур.

Решение задачи обеспечения устойчивого формирования физической и информационной доступности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов предполагается осуществлять за счет ассигнований, предусмотренных Федеральному медико-биологическому агентству.

III. Этапы совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

Для обеспечения стабильного осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, а также предотвращения возможных негативных социально-экономических последствий и рисков, связанных с намеченными масштабными изменениями, предполагается внедрение мер по совершенствованию государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в 2 этапа.

На первом этапе (2011-2012 годы) будет осуществлена разработка основных законодательных, других нормативных правовых актов, методических, информационных и учебных материалов, необходимых для реализации Концепции, а также реализован пилотный проект по отработке осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом МКФ и основных положений настоящей Концепции в 3 субъектах Российской Федерации.

Предусматривается внести изменения и дополнения в отдельные законодательные акты и принять государственную программу «Доступная среда» на 2011-2015 годы».

Одновременно будет проведена профессиональная подготовка сотрудников федеральных учреждений, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и подведомственных им учреждений для участия в деятельности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в соответствии с положениями настоящей Концепции.

Будут разработаны и приняты решения, необходимые для установления единой системы учета инвалидов в Российской Федерации.

На втором этапе (2013-2015 годы) будут осуществляться мероприятия по полномасштабному переходу к функционированию государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов во всех

субъектах Российской Федерации в соответствии с положениями настоящей Концепции, включая обеспечение ее физической и информационной доступности.

IV. Основные результаты реализации Концепции

Для оценки результатов реализации Концепции будут использованы следующие показатели:

целевой показатель:

- удельный вес инвалидов, получивших технические средства реабилитации, реабилитационные мероприятия и услуги, от общего числа инвалидов, процент;

индикаторы:

- удельный вес учреждений медико-социальной экспертизы, оборудованных с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения, процент,

- удельный вес численности реабилитированных инвалидов в общей численности инвалидов, ежегодно переосвидетельствуемых в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, взрослые/дети, процент,

- снижение сроков прохождения медико-социальной экспертизы инвалидами, дней,

- удельный вес инвалидов, обеспеченных техническими средствами реабилитации в соответствии с федеральным перечнем, а также реабилитационными мероприятиями и услугами в общей численности инвалидов, в рамках индивидуальной программы реабилитации, процент.

Реализация Концепции позволит достичь следующих показателей социально-экономической эффективности:

повысить удельный вес учреждений медико-социальной экспертизы, оборудованных с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения, до 35,0% в 2011 году, до 38,4% в 2012 году, до 41,9% в 2013 году, до 45,4% в 2014 году, до 49,0% в 2015 году;

повысить удельный вес численности реабилитированных инвалидов в общей численности инвалидов, ежегодно переосвидетельствуемых в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы,

взрослые/дети, до 12,5/8% в 2011 году, до 13,0/9% в 2012 году, до 13,5/10% в 2013 году, до 14/11% в 2014 году, до 14,5/12% в 2015 году;

снизить сроки прохождения медико-социальной экспертизы до 25 дней в 2011 году, до 22 дней в 2012 году, до 20 дней в 2013 году, до 17 дней в 2014 году, до 15 дней в 2015 году;

повысить удельный вес инвалидов, обеспеченных техническими средствами реабилитации в соответствии с федеральным перечнем, а также реабилитационными мероприятиями и услугами в общей численности инвалидов, в рамках индивидуальной программы реабилитации, до 93% в 2011 году, до 94% в 2012 году; до 95% в 2013 году, до 96% в 2014 году, до 98% в 2015 году.

Использование вышеназванных показателей позволит обеспечить объективный анализ деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации по совершенствованию медико-социальной экспертизы и повышению доступности реабилитационных мероприятий.

V. Механизм реализации, объемы и источники финансирования мероприятий Концепции

Для решения задач, предусмотренных непосредственно Концепцией, не потребуется выделения дополнительных средств федерального бюджета, так как достижение ее целей предполагается осуществить, прежде всего, за счет совершенствования законодательства, упорядочения механизмов и порядка функционирования действующих социальных институтов, перераспределения их функций в рамках существующей штатной численности.

Переход на новые классификации осуществления медико-социальной экспертизы с учетом положений МКФ не расширяет условий и возможностей для признания граждан инвалидами. МКФ не содержит критериев установления инвалидности, а посвящена классификациям функций и структур организма, а также факторов окружающей среды, позволяющих унифицированным языком описывать состояние индивида и назначать гражданам, признанным инвалидами, наиболее подходящие им реабилитационные средства и услуги. В связи с этим отсутствуют основания

для прогнозирования роста численности инвалидов, увеличения количества бюро медико-социальной экспертизы и их штатной численности.

Выполнение задач, обеспечивающих достижение целей Концепции, будет осуществляться в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы», а также ежегодных перечней мероприятий по реализации Концепции.

Конкретные объемы и источники финансирования реализации основных направлений Концепции на каждый год будут определяться в федеральном бюджете на очередной финансовый год в пределах ассигнований, выделяемых на выполнение государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы».