

Внедрение данных рекомендаций требует привлечения к сотрудничеству различных секторов – здравоохранения, образования, социальной защиты, труда, транспорта жилищно-коммунальной сферы – и различных участников – государства, организаций гражданского общества, специалистов, частного сектора, инвалидов и их семей и средств массовой информации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад об инвалидности. Всемирная организация здравоохранения. Всемирный банк; 2011.
2. Старение в XXI веке: триумф и вызов. ЮНФПА; 2012.
3. Международная Ассоциация социального обеспечения. Бюллетень социальной политики. 2012.
4. Управление Верховного комиссара ООН по правам человека. Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов: Руководство для наблюдателей в области прав человека. Серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17. 2010.
5. A/RES/37/52. 3 декабря 1982 г.
6. Резолюция 37/53 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 года.
7. Стандартные правила обеспечения равных возможностей инвалидов, прилагаемые к резолюции 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года.
8. Замечания общего порядка № 5 «Лица с какой-либо формой инвалидности»// E/C.12/1994/20, 1994// <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/4b0c449a9ab4ff72c12563ed0054f17d>.
9. Замечания общего порядка № 3 «Природа обязательств государств-участников»// E/C.12/1990/8/, 1990// <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664>.
10. Совет по правам человека. Доклад Верховного комиссара ООН по правам человека о ходе осуществления рекомендаций, содержащихся в исследовании о правах человека инвалидов. A/HRC/4/75. 17 January 2007.
11. Совет по правам человека. Тематическое исследование Управления Верховного комиссара по правам человека Организации Объединенных Наций в целях повышения уровня информированности о Конвенции о правах инвалидов. A/HRC/10/48. 2009.
12. Совет по правам человека. Тематическое исследование Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека по вопросу о роли международного сотрудничества в поддержке национальных усилий по реализации прав инвалидов. A/HRC/16/38. 2010.
13. Доклад Генерального секретаря “О состоянии Конвенции о правах ребенка” A/66/230, 2011.
14. Braithwaite J., Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank

- poverty assessments and implications. Washington, D.C.: World Bank, February 2008.
15. World report on disability. World Bank. WHO; 2011: 261.
  16. World report on disability. World Bank. WHO; 2011: 237.

## REFERENCES

1. World report on disability. WHO. The World Bank. 2011.
2. Executive summary ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. UNFPA. 2012.
3. International social security association. Social Policy Highlight. 2012.
4. Office of the high commissioner for human rights. Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidance for human rights monitors. Geneva. 2010.
5. World Programme Action concerning disabled Persons. A/RES/37/52. 1982.
6. Implementation of the World Programme of Action concerning Disabled Persons. A/RES/37/53. 1982.
7. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. A/RES/48/96. 1993.
8. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment 5. Persons with disabilities (Eleventh session, 1994). U.N. Doc E/1995/22. <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/4b0c449a9ab4ff72c12563ed0054f17d>
9. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment 3. The nature of States parties obligations. (Art. 2, para. 1 of the Covenant). (Fifth session, 1990) <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664>.
10. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on progress in the implementation of the recommendations contained in the study on the human rights of persons with disabilities. A/HRC/4/75 Human Rights Council. 2007.
11. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/HRC/10/48 Human Rights Council. 2009.
12. Thematic study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the role of international cooperation in support of national efforts for the realization of the rights of persons with disabilities. A/HRC/16/38 Human Rights Council. 2010.
13. Status of the Convention on the Rights of the Child – Report of the Secretary-General. A/66/230, 2011.
14. Braithwaite J., Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications, Washington, D.C.: World Bank, February 2008.
15. World report on disability. World Bank. WHO; 2011: 261.
16. World report on disability. World Bank. WHO; 2011: 237.

Поступила 22.10.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2:616-036.865

Н.К. Гусева, В.А. Соколов, М.В. Дюктова, И.А. Соколова

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород

*По данным исследования обоснована необходимость модернизации системы МСЭ и реабилитации инвалидов. Основные направления: совершенствование экспертно-реабилитационного маршрута больного, системы управления экспертными решениями, реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Для этого необходимо, чтобы требования ФГУ МСЭ по направлению и обследованию больных соответствовали возможностям медицинских организаций; специалисты медицинских организаций владели методиками МСЭ, а врачи МСЭ – методиками клинического анализа; медицинские организации имели необходимые условия для решения экспертных и реабилитационных проблем, заложенные в соответствующих нормативных и законодательных актах; в структуре МСЭ были все необходимые специалисты, методики и оборудование для проведения экспертно-реабилитационной диагностики, особенно для оценки ограничений жизнедеятельности пациентов. Внедрена 5-уровневая система обучения врачей медицинских организаций по МСЭ.*

**Ключевые слова:** государственная система медико-социальной экспертизы; экспертно-реабилитационный маршрут больного; модернизация; амбулаторно-поликлинические учреждения.

## SOME ISSUES OF MODERNIZATION OF THE STATE SYSTEM OF MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION AND REHABILITATION OF DISABLED

N.K. Guseva, V.A. Sokolov, M.V. Doyutova, I.A. Sokolova

Nizhny Novgorod State Medical Academy, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation

*According to the study the necessity of modernization of the MSE and rehabilitation has been grounded. Main areas: improvement of patient's expert – rehabilitation route, expert solutions management, and implementation of individual rehabilitation programs. This requires compliance between Federal requirements of MSE and medical organizations, specialists of medical institutions owned methods of MSE in the structure of the ITU had all the necessary specialists, techniques and equipment for expert diagnosis and rehabilitation, especially for evaluation of disability patients. Five-tier medical education system for physicians in MSE organizations has been introduced.*

*Key words: the state system of medical and social-examination; the expert patient rehabilitation route; modernization; outpatient clinics.*

Дефекты функционирования государственной системы МСЭ и реабилитации инвалидов и необходимость ее модернизации определены постановлением Правительства РФ от 17.03.11 № 175 [1]. Одна из наиболее важных затронутых в документе проблем – это отсутствие ориентации системы МСЭ и реабилитации инвалидов на взаимоувязанные цели, вследствие чего эффективность реабилитационных мероприятий, в том числе по предоставлению медицинских услуг, остается низкой. В качестве механизма решения данной проблемы программа “Доступная среда” предлагает осуществление модернизации государственной системы МСЭ и реабилитации инвалидов, в том числе внедрение Международной классификации функционирования (МКФ) и сокращение реабилитационного маршрута движения инвалидов. Необходимо более подробно изучить некоторые аспекты данной проблемы и расставить нужные акценты для определения более четкого механизма ее решения.

В основу статьи положены данные наших исследований, проведенных в 8 территориальных поликлиниках Нижегородской области в 2009–2011 гг.

Первое, на что хотелось бы обратить внимание законодателей и властных структур, это действующий в настоящее время экспертно-реабилитационный маршрут больного, имеющего признаки инвалидности и получившего статус инвалида. Первое звено маршрута пациента, где проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия и решается вопрос о направлении больного на МСЭ – это медицинская организация, которая является:

- основным фильтром, формирующим поток больных, нуждающихся в МСЭ;
- фактором, во многом определяющим уровень и тяжесть инвалидности, поскольку пусковым моментом инвалидности являются патология и качество ее лечения;
- одной из составляющих системы реабилитации инвалидов и профилактики утяжеления инвалидности;
- фактором, при определенных условиях (наличии экспертных коек, высококвалифицированных специалистов, необходимого диагностического оборудования) обеспечивающим качество экспертных решений.

Выявлено, чем ниже уровень обеспеченности медицинской помощью, чем меньше она доступна для населения, тем меньше граждан своевременно направляются на МСЭ. Речь идет в первую очередь об амбулаторно-поликлинической помощи. Исследованием установлено, что в основном влияет на динамику

числа освидетельствованных граждан на МСЭ обеспеченность врачами-терапевтами, особенно участковыми, посещениями в амбулаторно-поликлинические учреждения (табл. 1).

Таким образом, система управления экспертными решениями ФГУ МСЭ начинает формироваться уже в медицинских организациях. Казалось бы, что для последовательности, преемственности и непрерывности экспертно-реабилитационного процесса должна быть полная согласованность в работе медицинских организаций и ФГУ МСЭ в решении экспертных и реабилитационных проблем. Однако на практике такая согласованность отсутствует. Этому способствуют следующие факторы:

1. Разная подчиненность ФГУ МСЭ (Министерству труда и социальной защиты РФ) и медицинских организаций (Министерству здравоохранения РФ).
2. Разное правовое поле для решения экспертных вопросов. Если имеется четкий регламент работы системы МСЭ, то отсутствует административный регламент направления больных на МСЭ. Отсутствуют нормативные акты, которые определяют порядок и условия принятия врачами медицинских организаций решения о необходимости направления больного на МСЭ и реализации процедуры направления. Те нормативные акты, по которым работают ФГУ МСЭ, не учитывают состояния и доступности медицинской и экспертной помощи в медицинских организациях, являющихся сложными для понимания лечащими врачами, часто к ним не попадают и плохо используются в работе.
3. Разная система подготовки врачей медицинских организаций и врачей ФГУ МСЭ. Так, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н специальность «медико-социальная экспертиза» является необходимой для врачей по медико-социальной экспертизе и руководителей структурных подразделений по МСЭ, должности которых предусмотрены в ФГУ МСЭ (приказ Минздравсоцразвития России от 17 ноября 2009 г. № 906). Нет никаких нормативных актов о подготовке врачей медицинских организаций по МСЭ, особенно врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, которые чаще других решают вопросы направления больных на МСЭ.
4. Отсутствие условий в территориальных, бюджетных медицинских организациях для качественного решения вопросов направления больных на МСЭ (отсутствие подготовленных специалистов, необходимой лечебно-диагностической базы, времени для трудоемких экспертных процедур в амбулаторно-поликлинических учреждениях).
5. Снижение доступности медицинской и экспертной помощи в бюджетных медицинских организаци-

Для корреспонденции:

Соколов Валерий Александрович – канд. мед. наук, доц. каф. медицинской экспертизы; 603005, г. Нижний Новгород, ул. Алексеевская, д.1, телефон/факс 8(831) 433-71-87, e-mail: gruzinsk24@mail.ru.

Таблица 1

Динамика некоторых показателей, характеризующих амбулаторно-поликлиническую помощь, и числа освидетельствованных в ФГУ МСЭ за период 1990–2010 гг.

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Обеспеченность терапевтами на 10 тыс. населения	7,1	5,8	5,5	5,0	5,6	5,6	5,3	5,4	5,3
Обеспеченность участковыми терапевтами на 10 тыс. населения	5,6	5,4	3,7	3,0	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6
Число посещений поликлиник на 1 жителя в год	9,2	8,3	8,7	6,4	6,7	6,6	7,0	7,8	7,8
Число лиц, освидетельствованных в ФГУ МСЭ	38 317	58 859	35 756	52 384	47 099	32 008	24 870	21 626	22 300

ях (дефицит кадров, снижение числа амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, перегрузка в работе врачебных комиссий (ВК) медицинских организаций).

Все вышеперечисленные факторы способствуют тому, что переход больных из медицинских организаций в ФГУ МСЭ идет в форме резкого скачка через существующий в настоящее время разрыв в системе оказания медицинской и экспертной помощи. Этот скачок является очень болезненным для пациентов, поскольку связан в первую очередь с длительной и трудоемкой процедурой обследования больных в медицинских организациях и оформления всех необходимых документов:

- Самыми трудоемкими являются экспертизы, связанные с направлением больных на МСЭ, которые включают: 12,0±3,0 посещения, в том числе 5 – к лечащему врачу, 3 – к консультантам (42,5±9,2 мин на первичную и 28,3±3,6 мин на повторную консультацию), консультации заведующего отделением (19,3±3,2 мин на первичную и 16,6±2,8 мин на повторную консультацию), заседание ВК (49,7±5,3 мин на 1 заседание) без посещений других медицинских организаций.

- Затраты рабочего времени участкового врача-терапевта на посещения больных, требующих решения экспертных проблем в 2 раза выше, чем на посещения с лечебно-диагностической целью.

- При направлении больных на МСЭ врач обязан выполнить дополнительные трудовые операции, связанные с обоснованием функционального диагноза, реабилитационного потенциала и прогноза, нуждемости больного в социальной защите; оформлением документации, проведением консультаций с заведующим отделением, ВК, узкими специалистами; согласованием с врачами ФГУ МСЭ. Очевидно, что врач, работая в жестких рамках амбулаторного приема, не успевает выполнить все необходимые процедуры, что приводит либо к повторным посещениям врача, либо к оформлению документации во вне рабочее время. Это не мотивирует врачей к экспертной работе. К сожалению, были случаи отказов со стороны врачей в направлении больных на МСЭ без направления на ВК.

- В работе ВК медицинских организаций работа по направлению больных на МСЭ составляет 12,3% общей нагрузки, но затраты времени на 1 экспертизу составили в среднем 49,7 мин при условии хорошо организованной предварительной работы по направлению больных на МСЭ.

Учитывая действующие нормативы нагрузки врачей на амбулаторном приеме и отсутствие нормативов нагрузки и учета посещений ВК медицинских организаций, можно сказать, что работа по направлению больных на МСЭ плохо вписывается в работу территориальных поликлиник. Непонятно, почему установлен норматив нагрузки на ФГУ МСЭ (1,8–2,0 тыс. освидетельствований в год) и отсутствует такой норматив для ВК медицинских организаций, которые в последнее время имеют достаточ-

но высокую нагрузку по проведению экспертиз и освидетельствований пациентов. По результатам проведенных нами исследований она колеблется, по данным разных учреждений, от 5 до 7 тыс. человек в год при средней нагрузке на одно заседание ВК 23,0±5,0 человека. Значительный объем деятельности ВК и высокая трудоемкость отдельных видов экспертиз привели к тому, что работа ВК проводится комиссионно только в 32% случаев и не подлежит качественному планированию.

Положение усугубляют жесткие требования специалистов ФГУ МСЭ к выполнению стандартов обследования больных, направленных на МСЭ. Некоторые обследования не могут быть проведены в поликлиниках. Больных направляют в областные центры, где существуют очереди для проведения таких обследований бесплатно либо пациентам предлагают платные услуги. С другой стороны, эксперты ФГУ МСЭ в соответствии с действующим административным регламентом могут направить больного на дообследование, если все требуемые исследования не проведены. По данным Нижегородской области, доля больных, направляемых на дообследование, ежегодно растет: в 2009 г. она составила 2,01%, в 2010 г. – 2,5%, в 2011 г. – 2,43% от числа освидетельствованных граждан.

Таким образом, экспертно-реабилитационный маршрут становится более сложным и затратным. Это приводит к тому, что некоторые больные отказываются от направления на МСЭ и среди населения формируется контингент граждан, которые, являясь фактически инвалидами, льготного статуса и требуемого уровня социальной защиты не имеют. Отсутствие синергизма в работе ФГУ МСЭ и медицинских организаций приводит также к расхождению в экспертных заключениях ВК и ФГУ МСЭ и отказам в вынесении положительного экспертного решения. Об этом свидетельствуют рост показателей числа не признанных инвалидами при первичном освидетельствовании, в частности по Нижегородской области с 2000 по 2011 г. с 2,37 до 7,04%. Все вышеперечисленные факторы приводят к неоправданному снижению уровня инвалидности как в Нижегородской области, так и в целом по стране. С 2006 по 2009 г. произошло резкое снижение первичного выхода на инвалидность в РФ со 128,3 до 80,6, а в Нижегородской области со 154,5 до 71,1 на 10 тыс. взрослого населения. При этом следует отметить, что снижение инвалидности происходит на фоне роста первичной и общей заболеваемости, в том числе и с инвалидизирующей патологией (табл. 2).

Так, за период с 2001 по 2011 г. при росте уровня общей заболеваемости на 20,6% уровень первичного выхода на инвалидность по Нижегородской области уменьшился на 48,3%. Коэффициент первичной инвалидизации (КПИ), характеризующий частоту первичного выхода на инвалидность больных, страдающих определенной патологией, снизился за исследуемый период: КПИ вследствие болезни системы кровообращения (БСК) – на

Динамика некоторых показателей здоровья населения в Нижегородской области в 2000–2009 гг.

Год	Общая заболеваемость на 10 тыс. взрослого населения	ВПИ на 10 тыс. взрослого населения	ВПИ на 10 тыс. трудоспособного населения	ВПИ на 10 тыс. лиц пенсионного возраста	Общая заболеваемость БСК на 10 тыс. взрослого населения	ВПИ вследствие БСК на 10 тыс. взрослого населения	Общая заболеваемость нервной системы на 10 тыс. взрослого населения	ВПИ вследствие заболеваний нервной системы на 10 тыс. взрослого населения
2000	1131,06	118,9	58,25	261,33	162,94	74,67	1798,7	12,91
2001	1138,00	139,16	61,37	325,23	182,71	91,57	1848,6	14,45
2002	1085,00	123,80	58,88	283,36	177,63	78,96	1901,2	13,89
2003	1083,20	111,90	61,14	240,07	182,0	66,65	1969,0	14,23
2004	1156,39	130,68	59,22	314,76	214,54	81,94	2076,7	15,35
2005	1164,90	176,90	58,58	548,42	225,23	117,09	2120,0	18,75
2006	1174,27	154,45	56,06	404,75	227,63	100,94	2222,5	18,24
2007	1178,90	103,56	45,76	243,98	226,03	62,97	2295,8	15,55
2008	1206,70	77,21	40,95	167,25	223,22	41,09	2349,0	15,70
2009	1360,85	71,03	40,76	145,58	259,47	35,1	2467,6	15,88
Темп прироста/убыли, %	20,32	-40,26	-30,02	-44,29	59,24	-51,9	37,19	23,02

74%, КПИ по болезням эндокринной системы, расстройствам питания и нарушению обмена веществ – на 83,4%, КПИ по болезням органов дыхания – на 76,1%. Даже с учетом того, что расширился контингент больных, которым инвалидность установлена без срока переосвидетельствования, и в 2005–2007 гг. прошел основной поток пациентов, обратившихся для установления федеральной доплаты к пенсии, такое снижение инвалидности можно объяснить только существенными дефектами в организации экспертно-реабилитационного процесса. Самый социально уязвимый контингент – это лица пенсионного возраста. Вследствие возрастных и патологических изменений им труднее других реализовать сложные экспертные маршруты, о чем свидетельствует наиболее высокий темп убыли первичной инвалидности (-44,29%).

Не лучше обстоит дело и с реализацией индивидуальной программы реабилитации инвалидов. Медицинский этап реабилитации инвалидов не обеспечен. Приказ Минздравсоцразвития России от 9 марта 2007 г. № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине», который определил организацию отделений восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических, стационарных и санаторных учреждениях и центрах восстановительной медицины и реабилитации, не реализован. Приказом Минздравсоцразвития России от 30 марта 2012 г. № 302н в Номенклатуру должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения (приказ Минздравсоцразвития России от 25 июля 2011 г. № 801н) внесено наименование должности «врач по медицинской реабилитации», специальности «врач по восстановительной медицине» в номенклатуре нет. В то же время в «Положении об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению» (приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н) в задачи поликлиники входят восстановительное лечение и реабилитация, но отделения, предусмотренного для оказания этой помощи, в рекомендуемом перечне и специалистов в рекомендуемых штатных нормативах нет.

Таким образом, экспертно-реабилитационный маршрут инвалидов не только сложный и трудно реализуемый, но и не обеспечен необходимыми ресурсами. Об этом свидетельствует массивность возвратных потоков

пациентов из ФГУ МСЭ в медицинские организации вследствие несогласованной их деятельности, с одной стороны, и из медицинских организаций в ФГУ МСЭ вследствие отсутствия эффективно функционирующей реабилитационной системы – с другой (см. рисунок). Понятно, что возвратные потоки должны быть, так как любая система имеет дефекты, но не в таком количестве, чтобы влиять на уровень инвалидности и становиться препятствием при реализации конституционных прав граждан на социальное обеспечение.

Очевидно, что в схеме не отражены все нюансы экспертно-реабилитационного процесса, в частности обращения больных в другие медицинские организации в целях получения необходимых видов обследования для направления на МСЭ; направление пациентов из МСЭ в другие медицинские организации для дообследования и реабилитации и др. Необходимо акцентировать внимание на основной, направляющей на МСЭ, медицинской организации, от которой в первую очередь зависит оптимизация экспертно-реабилитационного маршрута. Именно с такими направляющими организациями ФГУ МСЭ должна работать в едином режиме. Для этого необходимо, чтобы:

- требования ФГУ МСЭ по направлению и обследованию больных соответствовали возможностям медицинских организаций;

- специалисты медицинских организаций так же хорошо владели методиками МСЭ, как врачи МСЭ, а врачи МСЭ так же хорошо владели методиками клинического анализа, как специалисты медицинских организаций;

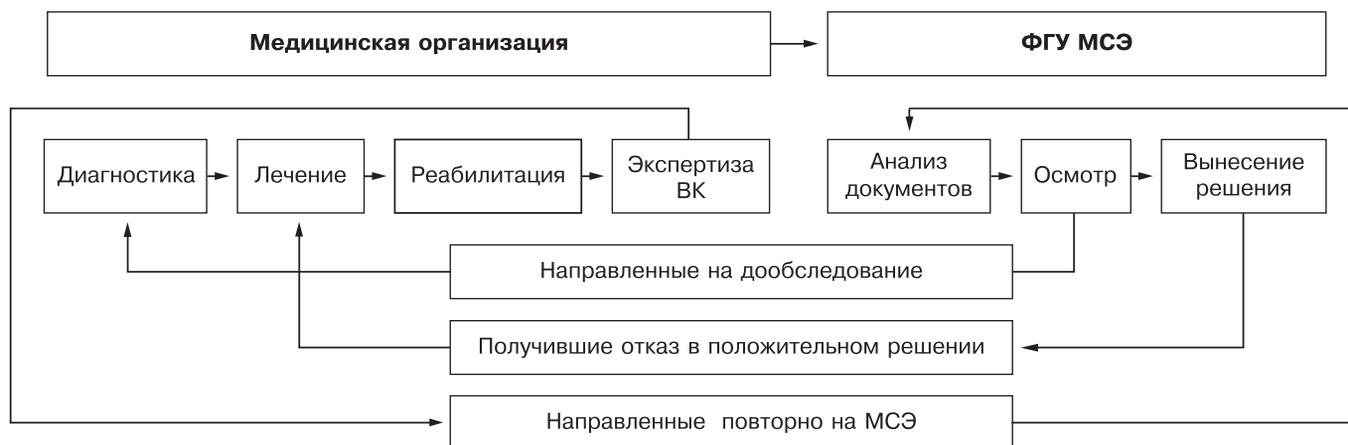
- медицинские организации имели необходимые условия для решения экспертных и реабилитационных проблем, заложенные в соответствующих нормативных и законодательных актах;

- в структуре МСЭ были все необходимые специалисты, методики и оборудование для проведения экспертно-реабилитационной диагностики, особенно для оценки ограничений жизнедеятельности пациентов.

Решить вышеуказанные проблемы можно следующим образом:

1. Все нормативные и законодательные акты по МСЭ должны быть ориентированы на существующую систему медицинских организаций и проходить согласование в Министерстве здравоохранения РФ.

2. Снизить требования со стороны ФГУ МСЭ к



Формирование обратных потоков пациентов на этапах экспертно-реабилитационного процесса.

выполнению стандартов обследования, если их невозможно выполнить, или формировать единую для медицинских организаций и ФГУ МСЭ базу для экспертно-реабилитационной диагностики, целесообразнее на базе специализированных учреждений для отдельных контингентов больных (кардиологических центров, областных психоневрологических диспансеров, НИИ травматологии и ортопедии и др.).

3. Для врачей ФГУ МСЭ необходимо организовать ведение экспертных коек для больных, требующих сложных методов экспертно-реабилитационной диагностики.

4. Для врачей медицинских организаций необходимо организовать непрерывное обучение вопросам МСЭ и реабилитации в соответствии с клинической специальностью.

В Нижегородской государственной медицинской академии на кафедре медицинской экспертизы ФПКВ впервые в России организована такая форма обучения врачей медицинских организаций. Она включает следующие уровни:

1. Обучение интернов и клинических ординаторов на кафедре медицинской экспертизы в форме краткосрочных 2-дневных циклов, где в едином блоке преподаются вопросы экспертизы временной нетрудоспособности и МСЭ.

2. Обучение слушателей циклов общего усовершенствования с клинических кафедр института последипломного образования на кафедре медицинской экспертизы в форме краткосрочных 1–2-дневных циклов, где тоже в едином блоке преподаются вопросы экспертизы временной нетрудоспособности и МСЭ.

3. Обучение организаторов здравоохранения, терапевтов и неврологов на циклах тематического усовершенствования «Экспертиза временной нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза» продолжительностью 72–144 ч. За 3 года существования кафедры было обучено: 1738 организаторов здравоохранения, 117 врачей-терапевтов и 37 врачей-неврологов. Выявлено, что врачи медицинских организаций плохо знают во-

просы МСЭ и очень мотивированы к получению этих знаний и практических навыков проведения экспертно-реабилитационной диагностики.

4. Обучение врачей-терапевтов и неврологов на циклах последипломной подготовки специалистов по МСЭ продолжительностью 504 ч.

5. Ежеквартальное проведение областных конференций по вопросам медицинской экспертизы, в том числе МСЭ, и реабилитации совместно с Министерством здравоохранения Нижегородской области и областной общественной организацией «Ассоциация врачей-экспертов и реабилитологов». На конференциях часто выступают специалисты ФГУ МСЭ, проводятся клинико-экспертные разборы сложных в экспертном отношении больных и доводятся до сведения медицинских организаций нормативные и законодательные акты по МСЭ.

### Заключение

По результатам анализа материалов, представленных в статье, следует, что модернизация государственной системы МСЭ должна осуществляться в рамках отдельной федеральной программы совместно с модернизацией системы амбулаторно-поликлинических учреждений в целях более высокого уровня интеграции их общей работы, направленной на повышение уровня социальной защиты больных, имеющих медико-социальные последствия заболеваний.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 17.03.2011 г. № 175. М.; 2011.

### REFERENCES

1. The resolution of the Government of the Russian Federation from 17.03.2011 N. 175. Moscow, 2011 (in Russian).

Поступила 23.01.13