СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение
2. Исторические этапы становления службы в России
   1. Экспертиза трудоспособности граждан в России до 1918 года
   2. Становление врачебно-трудовой экспертизы
   3. Развитие врачебно-трудовой экспертизы
   4. **Врачебно-трудовая экспертиза в военные и первые послевоенные годы**
   5. **Совершенствование врачебно-трудовой экспертизы**
   6. **Формирование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации в современной России**
3. **История становления службы в Омской области**
4. **Заключение**
5. **Литература**
6. ВВЕДЕНИЕ

В своем развитии медико-социальная экспертиза прошла ряд этапов и в настоящее время сформировалась в особую отрасль научных знаний и систему практической деятельности. По мере становления и развития социального страхования, социального обеспечения и здравоохранения совершенствовалась и система медико-социальной экспертизы, укреплялась ее научная база. Современная история учреждений медико-социальной экспертизы началась **27 апреля 1918 г.** когда Народный Комиссариат общественного презрения был преобразован в Комиссариат социального обеспечения, и началось формирование врачебно-трудовых комиссий предшественников современных учреждений медико-социальной экспертизы. Таким образом, системе медико-социальной экспертизы Российской Федерации в 2011 году исполнилось **93 года. Знание исторических аспектов позволяет лучше анализировать происходящие изменения на современном этапе, избегать ошибок допущенных ранее. В работе проведены параллели между этапами становления службы в целом и в отдельной области.**

1. ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ В РОССИИ

Пройденный **медико-социальной экспертизой** путь развития, начиная с врачебно-трудовой экспертизы, создания, становления и развития медико-социальной экспертизы на всей территории России можно подразделить на ряд этапов определяемых особенностями ее политического и социально-экономического состояния.

2.1 **Экспертиза трудоспособности граждан в России до 1918 года**

В XI – XIII в.в. основной задачей попечения сирых и убогих было «питание», но эта форма поддержки в виде подаяния или милостыни носила временный и непостоянный характер, хотя по предположениям была адресной. Основы медицинской помощи и просветительской деятельности заложены церковью, которой делались первые шаги по открытию больниц и богаделен для больных и увеченных людей. Со временем стали применять термин «инвалид», что в переводе с латыни означало - «не представляющий ценности», «вышедший из строя». В XVIII в. во времена Владимира Даля смысл, вкладывавшийся в слово «инвалид» был полон нескрываемого благородства и достоинства. В переводе с французского оно означало отслужившего заслуженного воина, неспособного к службе из-за увечья, ран, старости. До военной реформы в 1860 –1870 г.г. в России термин использовался для гарнизонной и караульной службы. Свое нынешнее толкование слово получило в начале прошлого века, когда им стали именовать не только покалеченных военнослужащих, но и людей, утративших трудоспособность.

В те времена существовал общегосударственный налог -«кормленый откуп», который поступал в государственную казну, откуда раздавался служилым людям, считавшимся «недостаточными», в качестве жалования – «помоги». В XIII – XVIII в.в. государство проводило политику регламентирования деятельности монастырей и ограничения нищенства. Принимались первые попытки борьбы с голодом и эпидемиями («Житный приказ» ведал дворами, где хранился запас зерна на случай голода, Патриарший Казенный приказ с начала XVII в. до1740 г. ведал содержанием московских богаделен, Аптекарский дворцовый приказ ведал полковой и медицинской службой, организацией лечения больных и раненых, аптечным делом). Вводилась государственная монополия на цены, раздачу хлеба в долг, право «перехода от феодала в другие земли».

Особую роль в развитии учреждений общественного призрения сыграла Екатерина II. В период ее правления (с 1762 по 1796 г.г.) допускалась денежная помощь нуждающимся (тем «кои не могут приобретать работою свое пропитание») в виде раздачи городским маклером в определенные сроки кружечного сбора. Екатериной II впервые в истории России законодательным путем была отменена система призрения при монастырях и установлена система общественного призрения для всех гражданских сословий. Организация и содержание учреждений системы общественного призрения (народные школы, сиротские дома, больницы, аптеки, работные дома, богадельни, дома для умалишенных и неизлечимо больных и др.) финансировались из государственной казны. Однако было оставлено в действии монастырское призрение воинских чинов. По Указу от 1762 г. надлежало лиц, «собственного пропитания не имеющих, а от военной и штатской службы отставленных по болезнями на пропитание в монастыри отослать». В этом же году появляется « инвалидно – поселенное призрение» или прообраз классификации инвалидности, по которому следовало унтер – офицеров и рядовых, «которые явятся к военной службе способные, тех определять в гарнизоны и другие службы, а других, кои никакой службы понести не могут, а в таких еще не престарелых летах, что могут на поселении с пользой умножать общую сельскую экономию, отослать в Казанскую губернию, а оставить при монастырях и богадельнях таковых только, кои по старости своей или увечью ни к одному ни к другому способными не окажутся».

В XVII – XVIII в.в. впервые входит в употребление понятие «реабилитация» (от латинского «делать вновь способным»), что по отношению к тому времени означало «вновь приобретенное грешниками право на ношение одежды». Такое наказание провинившихся практически лишало их статуса члена общества. Позднее термин стал использоваться юристами и понимался как «восстановление доброго имени, прав и достоинств человека» или «снятие обвинений и полное восстановление в правах, потерянных в результате судебного приговора».

**Первые сведения о применении понятия экспертизы трудоспособности населения в России относятся к 1835 г.,** когда было организовано «Русское страховое общество». Регулярные военные действия в те годы выдвинули проблему оказания помощи «раненым и увечным» в форме назначения им денежного и «кормового» довольствия. Для этого была разработана классификация последствий ранений по степени их тяжести. **Отечественный хирург Николай Иванович Пирогов в 1858 г. предложил трехразрядную оценку инвалидности для раненых в зависимости от способности выполнять трудовую деятельность.** К инвалидам первого разряда относились лица с последствиями ранений и увечьями, не способные выполнять какой-либо род службы или занятия. Лица, которые не могли выполнить всякие занятия, относились к инвалидам второго разряда. Пострадавшие, неспособные выполнять любой труд и нуждающиеся в посторонней помощи, относились к инвалидам третьего разряда.

**В 1905 г. Васильевым П.В. была разработана четырехгрупповая классификация инвалидности,** которую стали использовать не только для «раненых и увеченных», но и для больных людей. Первая группа инвалидности устанавливалась лицам с полной потерей трудоспособности; вторая – лицам со значительно ограниченной трудоспособностью; третья – лицам с ограничениями трудоспособности средней степени; четвертая – лицам с ограничением трудоспособности слабой степени. Пенсии, сумма которых зависела от тяжести инвалидности, выплачивались работающим из специального фонда предприятия, который формировался за счет взносов самих работающих.

Программа социального страхования трудящихся была разработана В.И.Лениным еще в 1903 г., но только в 1912 г. был принят закон о страховании рабочих на случай болезни и увечья. До Октябрьской революции 1917 г. врачебная экспертиза трудоспособности была рассредоточена по различным ведомствам ( М.В.Вержбовский, 1971).

**В 1908-1910 г.г. в ряде городов России организуются первые специальные медицинские экспертные учреждения – консультационные бюро врачей. В основе оценки трудоспособности с 1910 г. лежала процентная шкала, заимствованная из практики врачебно – экспертных служб западных стран.** Степень утраты трудоспособности определялась в процентах: полная утрата трудоспособности – 100%, сильнопониженная – от 70 до 100%, среднепониженная - от 40 до 70% и слабопониженная – от 5 до 40 %, причем измерения при таком подходе основывались на «приблизительном сопоставлении различных дефектов». Экспертиза проводилась без учета степени нарушений функций организма, социальных и профессиональных факторов и не позволяла полностью оценить возможности инвалидов к труду, а также определить пути восстановления их трудоспособности и дальнейшего трудоустройства. Никакой системы реабилитации в начале XX века не было.

* 1. **Становление врачебно-трудовой экспертизы (1918 – 1929)**

На этом этапе вопросы формирования врачебно-трудовой экспертизы решаются в рамках формирующейся системы государственного социального обеспечения трудящихся.

Детищем Октябрьской революции исторически является врачебно – трудовая экспертиза**. В первый год после революции проведение экспертизы трудоспособности было возложено на врачебно – контрольные комиссии (ВВК),** созданные при больницах, подчиненных медико – санитарным отделам, а после введения декрета « О страховании на случай болезни» в декабре 1917 г. при **страховых кассах.**

Важной вехой является учрежденное Советом Народных Комиссаров РСФСР (СНК РСФСР) 31 октября 1918 года «Положение о социальном обеспечении граждан», в котором значительное место отводится мерам по возвращению инвалидов к труду путем восстановления их трудоспособности, профессионального обучения и трудового устройства, также указывается на то что: «наличие инвалидности и ее степень устанавливается медицинской экспертизой».

**В 1918 г. издан Декрет Совнаркома РСФСР об организации Народного комиссариата социального обеспечения.** Гарантированные **в1918** г. декретом Совнаркома РСФСР «Положение о социальном обеспечении трудящихся» права на социальную помощь диктовали необходимость юридического и медицинского заключения об утрате трудоспособности, для чего и были созданы **бюро врачебной экспертизы (БВЭ) при страховых кассах.** В их состав входили три врача - специалиста, представители профсоюзной организации и страховой кассы. БВЭ было дано право удостоверять медицинским освидетельствованием факт временной или стойкой нетрудоспособности, что было записано в первом « Кодексе законов о труде» (1918.). **Использовалась новая процентно – групповая система определения инвалидности (пятигрупповая классификация инвалидности)**, которая предусматривала не только определение процентов утраты трудоспособности, но и установление возможности инвалида выполнять труд различной степени трудности и тяжести. В частности, третья группа инвалидности устанавливалась лицам, способным выполнять лишь самые легкие работы (утрата трудоспособности 45 - 60 %), четвертая группа определялась при утрате трудоспособности 30 – 45%). Значительное внимание уделялось мерам по восстановлению трудоспособности и возвращению инвалидов к труду путем профессионального обучения и трудоустройства. Руководство деятельностью БВЭ было возложено на отдел социального обеспечения и охраны труда при Наркомате труда РСФСР, а на местах – на соответствующие подотделы социального обеспечения и охраны труда при местных советах.

В 1920 г. БВЭ из Наркомата труда РСФСР переданы в Наркомат здравоохранения РСФСР, в ведении которого они находились до 1932 г., претерпев лишь в **1927 г. изменение названия на врачебные экспертные комиссии (ВЭК). В соответствии с « Положением о ВЭК»** дополнительно вводится необходимость установления характера и причины инвалидности, а также заключения о восстановлении трудоспособности путем долечивания и переобучения.

С 1920-1921 гг. действовала шести групповая классификация инвалидности, созданная Н.А.Вигдорчиком. **Николай Абрамович Вигдорчик (1874 –1954 г.г., врач, писатель по вопросам социального страхования и профессиональной гигиены),** по поручению Народного комиссара социального обеспечения РСФСР Н.А.Милютина в **1921** г. разработал классификацию стойкой нетрудоспособности или так называемую «рациональную классификацию инвалидности», включавшую 6 групп инвалидности. 1 группа инвалидности – лица, не только не способные к труду для заработка, но и нуждающиеся в посторонней помощи для удовлетворения обычных жизненных потребностей; 2 группа – лица, не способные ни к какому труду, дающему заработок, но не нуждающиеся в постороннем уходе; 3 группа – лица, не только вынужденные отказаться от своей профессии, но и вообще не способные ни к какой регулярной профессиональной работе и могущие добывать средства к существованию лишь случайной временной и при том легкой работой; 4 группа - лица, вынужденные перейти к другой профессии, болен низкой квалификации; 5 группа – лица, вынужденные отказаться от своей обычной профессии и перейти к другой профессии такой же квалификации, 6 группа - лица, могущие продолжать прежнюю профессиональную деятельность, но с пониженной производительностью. В этой классификации впервые болезнь связывалась с социальными факторами, решался вопрос о возможности продолжения профессиональной деятельности, нуждаемости в переводе на другую работу либо полном освобождении от нее. С введением данной классификации во врачебно – трудовой экспертизе начал утверждаться принцип оценки тяжести степени нарушений функций и их сопоставления с требованиями профессиональной деятельности. Используя эту классификацию инвалидности, врачебные комиссии наряду с установлением точного диагноза, оценивали условия труда и давали заключение о трудоспособности.

Особого внимания заслуживает попытка в этот период организации экспертизы трудоспособности по производственному принципу в виде создания специальных врачебно-экспертных комиссий (ВЭК) при крупных промышленных предприятиях.

Одновременно со становлением врачебной экспертизы в стране формировалась система трудоустройства инвалидов. Потребность в трудоустройстве слепых и глухонемых граждан привела к созданию в 1923 –1924 г. г. в ряде губерний России местных организаций слепых, которые в1925 г. учредили Всероссийское общество слепых (ВОС). В 1926 г. создано Всероссийское общество глухонемых, в последствие - глухих (ВОГ). Эти общества взяли на себя обязанности по профессиональному обучению и трудоустройству слепых и глухих граждан во всех доступных для них производствах, а также на собственных учебно – производственных предприятиях.

* 1. **Развитие врачебно-трудовой экспертизы (1930-1940)**

Постановление ЦК ВКП(б) от 28 сентября 1929 года послужило мощным стимулом к совершенствованию работы по врачебно-трудовой экспертизе в начале 30-х годов. Был пересмотрен состав врачей-экспертов, проведена проверка и изучен состав инвалидов, принято решение о создании научно-исследовательских институтов.

**В 1929 г.** в постановлении ЦК ВКП (б) «О Социальном страховании» **намечены пути совершенствования врачебно – трудовой экспертизы и развития научно – методической работы в этой области.** В соответствии с этим в стране начали создаваться специальные научно – исследовательские учреждения для комплексного решения проблем врачебно – трудовой экспертизы и трудоустройства инвалидов. В 1930 г. на базе областной больницы имени Бабухина в г. Москве был создан научный институт экспертизы трудоспособности Московского областного отдела здравоохранения (ЦИЭТ), осенью 1933 г. он перешел в ведение ВЦСПС и получил статус Центрального. В 1932 г. организованы Центральный научно- исследовательский институт трудоустройства инвалидов в г. Москве, Ленинградский институт труда инвалидов (ЛИТИН) и Ленинградский Научный институт врачебно – трудовой экспертизы (НИВТЭ), в 1932 –1934 г.г. организованы научно - исследовательские институты экспертизы трудоспособности в Харькове, Иванове, Горьком. В1935 г. оба ленинградских института объединены в Ленинградский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЛИЭТИН). **В 1937** г. после сосредоточения вопросов экспертизы трудоспособности, трудоустройства инвалидов и пенсионирования в Народном Комиссариате социального обеспечения на базе двух московских институтов был **создан** Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов **(ЦИЭТИН).**

**В 1931 г. БВЭ реорганизованы во врачебно – трудовые экспертные комиссии (ВТЭК)**, на которые были возложены функции консультационного бюро по определению наряду с группой инвалидности характера работы, которая доступна инвалиду в виде оформления трудовых рекомендаций. Было утверждено **первое «Положение о ВТЭК»,** в котором определялось профилактическое направление их деятельности, необходимость тесной связи с органами здравоохранения, социального обеспечения и профессионального трудоустройства.

Важным событием данного периода явилось введение 29 февраля 1932 г. **Союзным Советом социального страхования** трех групповой классификации инвалидности, четко регламентировавшей критерии для установления каждой группы с учетом показаний к работе в своей или другой профессии. 1 группа устанавливалась лицам, полностью утратившим трудоспособность и нуждающимся в постороннем уходе; 2 группа – лицам, утратившим способность к любому труду, 3 группа – лицам, неспособным к систематическому труду, но могущих использовать остаточную трудоспособность. В основу ее был положен принцип определения состояния трудоспособности с учетом медицинского и социального факторов.

Введение трех групповой классификации инвалидности окончательно ликвидировало процентный принцип определения трудоспособности.

В 1933 году БВЭ были реорганизованы во врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). Общее число ВТЭК в 1940 году составило 1211.

**В том же 1933 г. врачебно – трудовые экспертные комиссии переданы в ведение Всесоюзного Центрального Совета профсоюзов (ВЦСПС), в 1937 г. сначала в Наркомат социального обеспечения РСФСР, а далее в Министерство социального обеспечения РСФСР, в ведении которого находятся до1991 г.**

Важную роль в деле совершенствования врачебно – трудовой экспертизы , оценки трудовых возможностей инвалидов, приспособления их к труду сыграла работа Н.А.Вигдорчика по проблеме компенсаторного профессионального приспособления (1934г.) , когда инвалиды с выраженными дефектами продолжали трудиться благодаря сознательному волевому и внутреннему (подсознательному) биологическому приспособлению, привыканию к упражнению и достижению тем самым компенсации дефекта. Сформулированные Вигдорчиком Н.А. положения о профессиональном компенсаторном приспособлении применительно к практике ВТЭ и трудоустройства инвалидов нашли дальнейшее отражение в работах О.И.Гандиной, Л, Шульца, А.М.Зимкиной и других ученых при решении вопросов трудотерапии, профессионального тренинга, более активного использования в приспособлении инвалидов к труду рабочих протезов, вспомогательных технических средств, адаптации и эргономическому приспособлению рабочих мест. К 1940 г. в России завершено становление ВТЭК и системы социального обеспечения инвалидов, функционирует 1211 комиссия, создана система трудоустройства инвалидов, которая включала профессиональную консультацию, профессиональное обучение и переобучение инвалидов. Стало возможным трудоустройство инвалидов не только третьей группы, но и 1 и 2 групп в артелях кооперации инвалидов, на государственных предприятиях и спец.цехах ВОС и ВОГ, а также в создаваемых спец.цехах для больных и инвалидов вследствие туберкулеза легких и заболеваний нервной системы и в надомных условиях труда.

* 1. **Врачебно-трудовая экспертиза в военные и первые послевоенные годы (1941-1955)**

В период Великой Отечественной войны контингент инвалидов значительно изменился за счет роста лиц с последствиями огнестрельных, минно-взрывных ранений, поражением опорно-двигательного аппарата. Создавались госпитальные ВТЭК, которые сыграли большую роль в своевременном и квалифицированном обслуживании военных контингентов, увольняемых из армии по болезни или ранению.

Во время Великой Отечественной войны резко возросли объемы экспертной деятельности ВТЭК, к 1944 г. функционирует 2776 комиссий, причем вновь создаваемые работают преимущественно при военных госпиталях (госпитальные ВТЭК), а также при поликлиниках крупных предприятий и узловых станциях железных дорог.

В 1942 году Совнарком СССР утвердил новое «Положение о ВТЭК», в котором предусматривалась организация ВТЭК на базе лечебных учреждений. **В соответствии с новым Положением о ВТЭК, утвержденным Совнаркомом СССР 05.12.1942 г., работа комиссий должна была производиться только на базе лечебно - профилактических учреждений, которые им предоставляли помещения и оборудование.** Такое размещение комиссий способствовало улучшению контактов между ВКК и ВТЭК. Такое требование сохранялось до начала 90-х годов. К функциям ВТЭК, выполняемым в мирное время, добавилось установление наличия или отсутствие связи инвалидности с пребыванием на фронте, обязательность оформления рекомендаций по обучению и трудоустройству инвалидов. Появилась новая категория инвалидов – инвалиды Великой Отечественной войны, которые, несмотря на тяжелые последствия ранений и травм, стремились продолжать трудовую деятельность. В действующей на тот период классификации 1932 г. не предусматривались трудовые рекомендации для инвалидов I и II групп, что затрудняло их приобщение к труду. В связи с этим в **1943 г.** Народным комиссариатом социального обеспечения РСФСР было издано инструктивное письмо, в соответствии с которым ВТЭК было **дано право устанавливать III группу инвалидности лицам с «выраженным анатомическим дефектом», сохранившим трудоспособность в своей профессии.** В это же время вводится **институт врачей – старших инспекторов по ВТЭ** при областных, краевых отделах соцобеспечения и министерствах соцобеспечения автономных республик.

Постановлением Совета народных комиссаров СССР от 29.08.1942 г. на наркомов социального обеспечения возлагается персональная ответственность за трудоустройство и организацию обучения инвалидов Великой Отечественной войны новым профессиям. В соответствии с данным постановлением все инвалиды 3 группы мужчины в возрасте до 55 лет и женщины до 45 лет в обязательном порядке привлекались к труду, в противном случае они лишались пенсии. К1944 г. в артелях кооперации работало 226 тыс. (около 53, 2 % инвалидов 2 группы и 85 % инвалидов 3 группы) работающих инвалидов (к 1947 г. работало 88, 7 % всех инвалидов войны), внедрялись разнообразные рабочие приспособления, облегченные условия труда, щадящие нормы выработки и режимы труда. В госпиталях наряду с лечением осуществлялось протезирование, обучение навыкам самообслуживания и передвижения, приспособление инвалидов к выполнению трудовых приемов в прежней или новых профессиях. В лечебно – трудовых мастерских при госпиталях инвалиды обучались работе в станочных, столярных и др. профессиях, ремонту часов, фотографии и др.

Подход к организации трудотерапии и трудоустройства инвалидов войны в России предвосхитил сформированные позже в США и Англии принципы медико – социальной реабилитации инвалидов.

В послевоенные годы в России продолжается совершенствование методов реабилитации инвалидов и нормативных документов по установлению инвалидности. В 40-60- е годы появилось **новое направление – медицинская реабилитация,** в основе которой лежала специализированная помощь пострадавшим с ампутационными культями конечностей, тяжелыми повреждениями черепа, головного и спинного мозга, позвоночника.

В 1945 году в ЦИУВЭКе на базе ЦИЭТИНа была создана первая в стране кафедра врачебно-трудовой экспертизы.

Состоявшийся в 1948 году 1-й Всероссийский съезд врачей-экспертов подвел итоги огромной работы, проведенной в военные и послевоенные годы. Главной задачей съезд признал разработку новой инструкции по определению групп инвалидности с учетом тех дефектов, которые выявлялись в практической деятельности.

В первые послевоенные годы трудовое устройство инвалидов приобретает особое значение и становится всенародной задачей. Уже годы войны развертывается широкая сеть курсов для профессиональной подготовки инвалидов. Большая и комплексная работа по восстановлению трудоспособности и возвращению израненных и покалеченных воинов развернулась в госпиталях, где на ряду с лечением осуществляется протезирование, приспособление инвалидов к выполнению трудовых функций в прежней или новой профессиях. Сложность проблемы трудоустройства инвалидов войны потребовала мобилизации научных коллективов и практических работников здравоохранения, образования, социального обеспечения и других ведомств. Накопленный опыт в довоенный период и, особенно, во время Великой Отечественной войны, по существу, предопределил основные идеи, заложенные в современной концепции профессиональной реабилитации инвалидов.

* 1. **Совершенствование врачебно-трудовой экспертизы (1956-1994)**

На этом длительном этапе создавалась и совершенствовалась система врачебно-трудовой экспертизы.

В 1956 году создана Инструкция по определению групп инвалидности (утв. Минздравом СССР и ВЦСПС 1, 2 августа 1956 г.). Инструкция сохранила трех групповую классификацию инвалидности, утвержден «перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно». Фактически инструкция использовалась учреждениями ВТЭК вплоть до 1997г. В инструкции скорректированы критерии для установления групп инвалидности, предусмотрены трудовые рекомендации инвалидам I и II групп, введено понятие «выраженный анатомический дефект», установлены более рациональные сроки переосвидетельствования инвалидов, **утвержден «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно»**. Новая инструкция предусматривала возможность продолжения работы при отсутствии медицинских противопоказаний по рекомендации ВТЭК инвалидам всех трех групп инвалидности, но в разных условиях труда. Инвалиды 3 группы могли работать в обычных производственных условиях, а инвалиды 1 и 2 групп – в специально созданных производственных условиях или на дому. Разграничение условий труда на обычные и специально созданные способствовало совершенствованию форм организации труда инвалидов, определило дифференцированный подход трудоустройства инвалидов в зависимости от степени снижения трудоспособности. Врачебно-трудовые экспертные комиссии проводили свою работу в лечебных учреждениях и находились в ведении органов социального обеспечения. В состав комиссии входили три врача-эксперта по основным специальностям, представитель отдела социального обеспечения и представитель профсоюзной организации.

В эти годы врачебно-трудовая экспертиза больным, инвалидам проводилась в районных больницах врачами лечебниками с участием работников отделов социального обеспечения и работников профсоюзных организаций районов.

Основными функциями ВТЭК становятся экспертиза трудоспособности, профессиональная ориентация инвалидов, формирование трудовых рекомендаций и рекомендаций по профессиональному обучению и переобучению, оценка его соответствия трудовым рекомендациям и т.п.

В соответствии с Инструкцией 1956 г. инвалидность врачебно – трудовыми экспертными комиссиями устанавливалась гражданам РФ вплоть до середины 90-х годов прошлого столетия. Трудоустройству инвалидов 1 и 2 групп в этот период способствовало расширение сети специализированных цехов в артелях Российской промысловой кооперации, в которую в 1953 г . были переданы артели инвалидов. В конце 1958 г. в 855 артелях промысловой кооперации работали инвалиды всех трех групп инвалидности.

Дальнейшее развитие службы ВТЭ и повышение требований к качеству экспертизы и вопросам трудоустройства инвалидов в начале 70-х годов потребовали постоянной подготовки и повышения квалификации врачебных кадров. В 1960 г. в Ленинграде создан Институт специализации врачей-экспертов (ИСВЭ), который в соответствии с распоряжением Совета Министров СССР 31.12.1970 г. №2730-р реорганизован в Ленинградский институт усовершенствования врачей – экспертов (ЛИУВЭК). С организацией ЛИУВЭКа (с 1996 г. – Санкт - Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов) в стране была создана система подготовки, переподготовки и повышения квалификации врачебных кадров для службы ВТЭ, а в дальнейшем и учреждений медико-социальной экспертизы.

В Положении наряду с определением степени стойкой утраты трудоспособности и установлением группы и причины инвалидности на ВТЭК возлагалось определение для инвалидов условий и видов труда, доступных им по состоянию здоровья, содействие восстановлению трудоспособности инвалидов (восстановительное лечение, протезирование, профессиональное обучение), изучение условий труда инвалидов непосредственно на предприятиях. В этот же период в целях повышения качества ВТЭ особое внимание было обращено на организацию выездных заседаний ВТЭК, создание специализированных комиссий, а также общественных советов при ВТЭК. В 1964 г. в связи с принятием закона «О пенсиях и пособиях членам колхозов» на ВТЭК возлагалась обязанность по проведению экспертизы трудоспособности членов колхозов и их семей. В этот год в России было освидетельствовано 315 тыс. колхозников.

**В 1967 г . ЦИЭТИН утвержден головной научно – исследовательской организацией** в стране по проблеме врачебно – трудовой экспертизы и социально – трудовой реабилитации инвалидов.

Министерством здравоохранения СССР и Госпланом СССР **01.07.1969 г. утвержден «Перечень медицинских показаний на получение инвалидами Отечественной войны и другими инвалидами из числа военнослужащих автомобилей «Запорожец» с ручным управлением».** В этот же период отмечается снижение трудовой занятости, связанной, в первую очередь, с ликвидацией промысловой кооперации. Артели инвалидов были расформированы или переданы в состав предприятий министерств местной промышленности, легкой промышленности и бытового обслуживания населения. Однако большинство УПП ВОС И ВОГ продолжали эффективно работать по производству бытовой техники и большого ассортимента товаров народного потребления.

**В 1987 г. создано Всероссийское общество инвалидов (ВОИ),** но без соответствующей финансовой поддержки государства и не имея собственной производственной базы оно не заняло должного места в системе профессиональной реабилитации инвалидов.

Еще в **1975 г. Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) предложена «Международная классификация нарушений, ограничений трудоспособности и социальной недостаточности»,** которая впервые рассматривала ограничения трудоспособности человека в контексте ограничения способности не только к трудовой деятельности, но и к самообслуживанию, передвижению обучению и др. категориях жизнедеятельности. Эта классификация и принятая ВОЗ в1989 г. «Международная номенклатура нарушений, ограничений и социальной недостаточности» послужили основой для формирования в нашей стране новых представлений об инвалидности и критерии для ее определения.

Серьезные преобразования государственного строя в 90-е годы (перестройка, распад Союза ССР) повлияли и на решение вопросов социальной защиты инвалидов и создания им равных возможностей и на организацию медицинской экспертизы нетрудоспособности.

Наряду с политическими и социальными изменениями в стране и международном сообществе происходит трансформация представлений об инвалидности и положении инвалидов в обществе.

В 80-90 годы международное сообщество и Всемирная организация здравоохранения опубликовали серию работ о новых подходах к определению инвалидности, основанных на функциональных нарушениях и ограничениях жизнедеятельности. С этого времени начала формироваться система медико-социальной экспертизы в нынешнем ее виде и в России.

* 1. **Формирование системы медико-социальной экспертизы и реабилитации в современной России (1995 - по настоящее время)**

В развитие новых подходов в 1995 году была разработана современная концепция инвалидности, которая легла в основу Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. №181-ФЗ, и законодательно закреплен социальный институт «медико-социальной экспертизы».

**Введение Федерального закона от 24.11.1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», действующего и по наши дни, определило государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ,** 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 РФ.

В Федеральном законе **«О социальной защите инвалидов в РФ»**, было определено **новое понятие «инвалид», основания для определения инвалидности в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, понятие «реабилитация инвалидов» и «индивидуальная программа реабилитации инвалидов»,** а также возложены функции признания граждан инвалидами на федеральные учреждения медико – социальной экспертизы. В новой трактовке «инвалид» - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

На учреждения медико-социальной экспертизы возлагаются задачи не только по установлению группы, причины и сроков наступления инвалидности, но и по определению потребностей инвалидов в мерах реабилитации и разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида.

В целях реализации Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" было принято Постановление Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. №392 "О государственной службе медико-социальной экспертизы". В соответствии с которым в субъектах Российской Федерации начался процесс по созданию на базе врачебно-трудовых экспертиз учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы. Постановлением Правительства РФ от 13.09.1996г. №965 «О порядке признания граждан инвалидами» было утверждено Положение о признании лица инвалидом и Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы а несколько позже **«Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико – социальной экспертизы граждан учреждениями государственной службы медико – социальной экспертизы»,** утвержденные постановлением Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 29.01.1997 г. №1/30.

В течение 1996 г. велась работа по упразднению врачебно- трудовых экспертных комиссий, и началось создание государственной службы медико- социальной экспертизы в системе Министерства социальной защиты населения РФ. К 1998 году во всех субъектах РФ завершилась реорганизация врачебно-трудовых экспертных комиссий с преобразованием их в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы. На 1 января 1999 года в стране функционировало 1573 бюро МСЭ и 274 состава главных бюро МСЭ. В таком статусе система просуществовала вплоть до 2005 года.

В 1998 г. с целью единообразного подхода к применению нормативных документов по установлению инвалидности и сохранения принципов преемственности в учреждения государственной службы медико – социальной экспертизы было передано освидетельствование детского населения, которое ранее осуществлялось в лечебно – профилактических учреждениях. Началось формирование и развитие сети педиатрических бюро медико – социальной экспертизы.

Принятый **в 1998 г. Федеральный закон №125 – ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»** возложил на учреждения МСЭ обязанность по разработке программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

Началом очередного этапа развития государственной службы медико – социальной экспертизы стал **2004 год.** В целях реализации положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» изданы **Постановление правительства РФ от 30.06.2004 г. №325 «Об утверждении Положения о Федеральном агенстве по здравоохранению и социальному развитию» и Постановление Правительства РФ от 16.12.2004 г. №805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико – социальной экспертизы»** согласно которых определено, что к федеральным государственным учреждениям медико – социальной экспертизы относятся Федеральное бюро медико – социальной экспертизы и главные бюро медико – социальной экспертизы, имеющие филиалы – бюро медико – социальной экспертизы в городах и районах. Федеральное бюро находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, главные бюро медико – социальной экспертизы, имеющие бюро в ведении Федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию (с июня 2008 г. в ведении Федерального медико-биологического агенства).

В соответствии с указанным выше распоряжением Правительства №1646-р ФГУП «Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» было реорганизовано в Федеральное государственное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы». Тем самым было создано новое звено в структуре медико-социальной экспертизы.

Последний этап реорганизации учреждений медико-социальной экспертизы начался в 2008г., когда в соответствии с указом Президента РФ от 12.05.2008г. №724 «Вопросы системы и структуры Федеральных органов исполнительной власти» и Постановлением Правительства РФ от 2 июня 2008 №423 «О некоторых вопросах деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального медико-биологического агентства» Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав) в ведении которого находились учреждения медико-социальной экспертизы было ликвидировано. Функции упраздняемого Росздрава были переданы Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА России).

Согласно Положению о Федеральном медико-биологическом агентстве (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 апреля 2005 г. №206 "О Федеральном медико-биологическом агентстве"), ФМБА России является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения и социального развития, включая организацию проведения медико-социальной экспертизы.

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 11.04.2011г. № 295н был утвержден **Административный регламент по проведению медико-социальной экспертизы.** Административный регламент по проведению медико-социальной экспертизы - это сводный документ, который обобщает всю нормативно-правовую базу по медико-социальной экспертизе и прописывает общий порядок работы МСЭ простым, четким и доступным языком, что очень важно для граждан, которым непросто ознакомиться со всеми документами, который регламент объединяет. С его помощью человек будет знать, какие требования избыточны. Административный регламент предусматривает описание последовательности действий не только гражданина, но и специалистов, предоставляющих эту государственную услугу.

В регламенте впервые были четко прописаны сроки предоставления услуги - после подачи заявления на проведение экспертизы выделено максимум 30 дней. Указан полный перечень необходимых документов при подаче заявления гражданином, а также требования к условиям и организации обслуживания лиц направленных на освидетельствование. Кроме того, подача заявлений, получение направлений и получение решений федеральных государственных учреждений МСЭ может осуществляться в электронном виде посредством Единого портала государственных услуг.

1. ИСТОРИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

До 1918 года Акмолинская область состояла из 6 уездов: Омского, Акмолинского, Атбасарского, Кокчетавского, Петропавловского, Татарского, выделенных по постановлению ВЦИК из Томской губернии.

15.11.1919 года по постановлению Сибревкома и Реввоенсовета 5й Армии образован Омский Ревком, который 24.11.1919 года преобразован в Омский Губревком. В этом же году при Омском Губревкоме Омской губернии организован Омский Губернский отдел труда, который в соответствии с постановлением Совнаркома был объединен с отделом социального обеспечения в один Губернский отдел труда и социального обеспечения (Губсобес) при Губревкоме. Декретом Совнаркома от 27.10.1919 года определено, что все инвалиды империалистической и гражданской войны приравниваются к инвалидам труда.

При ревкомах начинают создаваться уездные отделы труда. Открыт отдел Атаманского ревкома, преобразованный в марте 1920 года в отделение отдела труда и социального обеспечения и имеет секцию бюро обследований В этом же году организован Омский горсобес. Местные органы Наркомсобеса социального обеспечения функционировали как отделы социального обеспечения исполкомов Советов, находясь в двойном подчинении (НКСО и местных Советов). Для проведения заседаний народного комиссариата социального обеспечения в области (губернии) организуется Губернский отдел социального обеспечения при Губревкоме. На заседаниях коллегии Омского Губернского отдела труда рассматривались вопросы «Медицинского обследования безработных»- принято решение: проводить медицинское освидетельствование всех безработных в бюро экспертизы при пенсионном отделе социального обеспечения и охраны труда.

В 1927 году в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР делается попытка упорядочить работу бюро врачебной экспертизы (БВЭ), а затем БВЭ реорганизуются во врачебные экспертные комиссии (ВТЭ). В соответствии с Положением о данных учреждениях задачи ВТЭ дополняются пунктами о необходимости устанавливать характер и причину инвалидности, а также о восстановлении трудоспособности путём долечивания и переобучения.

В 1931 году ВТЭ реорганизуются во врачебно- трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). Утверждается первое Положение о ВТЭК.

Одновременно все более четко прослеживается невозможность дальше продолжения работы этих учреждений в составе органов здравоохранения. В связи с этим в 1932 году ВТЭК из Наркомата здравоохранения РСФСР передаются сначала в систему социального страхования Наркомата труда РСФСР, а в 1933 году во Всесоюзный Центральный Совет профессиональных союзов (ВЦСПС). В 1937году в соответствии с постановлением ЦИК СССР врачебно-трудовые экспертные комиссии из СССС передаются в Наркомат социального обеспечения РСФСР – затем в Министерство социального обеспечения РСФСР, в рамках которого находились по 1991 год.

По отчетным архивным материалам за 1936 в Омской области числится 15 районных ВТЭК. За 4-й квартал 1936г. по сводному отчету освидетельствовано 3371 человек. За год проведено 3204 заседания.

Во время Великой Отечественной войны резко возросли объёмы экспертной деятельности ВТЭК. Принимая во внимание увеличение контингента, нуждающегося в прохождении ВТЭК и в целях перестройки работы ВТЭК, приближая ВТЭК непосредственно к контингенту с 01.01.1942г. организованы – постоянно действующие комиссии.

В соответствии с новым Положением о ВТЭК, утвержденном Совнаркомом СССР 05.12.1942 года, работа врачебно-трудовых экспертных комиссий должна была проводиться на базах лечебно-профилактических учреждений, которые им предоставляли помещения и оборудование. Такое размещение комиссий способствовало улучшению контактов между ВКК и ВТЭК и сохранялось до начала 90-х годов. Врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) в г.Омске и Омской области были созданы на базах лечебных учреждений и находились в ведении органов социального обеспечения районов области. К функциям ВТЭК, выполняемым в мирное время, добавились функции установления наличия или отсутствия связи с пребыванием на фронте. Обязательность оформления рекомендаций по обучению и трудоустройству инвалидов. В это же время вводится институт врачей - старших инспекторов по ВТЭ при областных, краевых отделах социального обеспечения и министерствах соцобеспечения автономных республик.

В 1956 году Правительством РСФСР утверждается новое Положение о ВТЭК и Минздравом РСФСР и ВЦСПС Инструкция об определении групп инвалидности, сохранившая 3-х групповую классификацию инвалидности и предусмотревшая возможность продолжать работать при отсутствии медицинских противопоказаний по рекомендации ВТЭК инвалидам всех трех групп инвалидности, однако, в разных условиях труда. Одновременно с Инструкцией утверждается «Перечень заболеваний, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования. Значительная роль в деле трудоустройства инвалидов в годы войны принадлежала артелям кооперации инвалидов.

В 1964 году в связи с принятием закона «О пенсиях и пособиях членам колхозов», на ВТЭК возлагается обязанность по проведению экспертизы трудоспособности членов колхозов и их семей.

По отчетным документам, имеющимся в архиве в 1970 году в области функционировало 22 районных ВТЭК, из них 5 специализированных. Работало 66 врачей, включая председателей, в т.ч. 30 чел. на постоянной работе, а остальные по совместительству.

Большая и ответственная работа в эти годы проводится ВТЭК по определению медицинских показаний по обеспечению инвалидов, в первую очередь инвалидов Отечественной войны автомашинами «Запорожец» и мотоколясками с ручным управлением.

В 1984 году Госкомтруд СССР утверждает новый акт освидетельствования и Инструкцию о порядке заполнения «Дела освидетельствования во ВТЭК», а в 1985 году постановлением Совета Министров РСФСР и ВЦСПС утверждается новое Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. Новое Положение о ВТЭК, а также ряд других нормативных документов определили место ВТЭК в складывающейся в России системе социально-трудовой реабилитации инвалидов. Важными функциями ВТЭК становятся профессиональная ориентация инвалидов, формирование трудовых рекомендаций и рекомендаций по профессиональному обучению и переобучению, динамическое наблюдение и контроль за фактическим трудоустройством инвалидов.

Одновременно с политическими и социальными изменениями в 1990–х годах и с принятием в 1995 году Федерального закона №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ вводится новое определение понятия «инвалид» и новые основания для установления инвалидности. Данным законом орределены задачи новой государственной службы МСЭ, создаваемой на базе врачебно-трудовых экспертных комиссий, взявшей курс на реабилитацию инвалидов. Для реализации новых задач по определению потребностей инвалидов в мерах реабилитации и разработке индивидуальных программ реабилитации (ИПР) в состав бюро МСЭ дополнительно вводятся специалисты: психолог, специалисты по реабилитации и по социальной работе и др.

Переломными в развитии службы медико-социальной экспертизы стали 2004-2005 годы. Внесенные в 2004 году изменения в Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» четко определили функции и полномочия федерального центра и субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов. Учреждения государственной службы МСЭ реорганизуются в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (ФГУ МСЭ). В соответствии с распоряжением Правительства от 16.12.2004г. №1646-р создано Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области». Приказом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ утверждён Устав учреждения. Руководителем, главным экспертом вновь образованного учреждения назначен Запарий Сергей Петрович, врач высшей категории, кандидат биологических наук (в 2009 году присвоено ученая степень «Доктор медицинских наук»).

Имеет в своем подчинении 6 Экспертных составов, 29 Филиалов-бюро, из них: 17-общего профиля ( 5 из которых функционируют в районах Омской области), 5- смешанного и 7-специализированного профиля, в том числе- 4 педиатрических и 6 отделов. По утвержденному штатному расписанию в ФГУ «ГБ МСЭ по Омской области» количество штатных единиц составляет 394. Таким образом, ФГУ «Главное бюро МСЭ по Омской области» проведена большая работа по проведению медико-социальной экспертизы на более высоком уровне. В службе имеется высококвалифицированный кадровый потенциал, укрепляется материально-техническая база, улучшаются условия труда. Отсутствует очередь на освидетельствование, которая имела место последние пять лет. Отмечено значительное снижение показателей первичной инвалидности, повышение показателей полной и частичной реабилитации.

1. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За свою многолетнюю историю учреждения ВТЭК/МСЭ неоднократно реорганизовывались. За время прошедшее со дня создания первых врачебно-трудовых экспертных комиссий ситуация в медико-социальной экспертизе в значительной степени изменилась в лучшую сторону повышен статус учреждений медико-социальной экспертизы, улучшилось их финансирование и материально-техническое оснащение учреждений.

В настоящее время в федеральных государственных учреждениях медико – социальной экспертизы работает более 10 тыс. врачей и специалистов, почти половина которых имеют высшую и первую квалификационные категории. Выполняя задачи по определению потребности инвалидов в мерах, средствах реабилитации и реабилитационных услугах, по разработке ИПР и оценке эффективности их реализации федеральные учреждения МСЭ тесно взаимодействуют с лечебно-профилактическими учреждениями, службой занятости населения, региональными отделениями Фонда социального страхования, протезно – ортопедическими предприятиями и другими заинтересованными службами.

1. ЛИТЕРАТУРА
2. Сайт Федеральной службы государственной статистики http://www.gks.ru/free\_doc/2001/demo/nas-pol08.htm
3. Всемирная программа действий в отношении инвалидов до 2000 г. и далее. Международные нормы и стандарты, касающиеся проблем инвалидов (обзор). М., 2000, 151с.
4. Европейская конвенция о социальном обеспечении. Международные нормы и стандарты, касающиеся проблем инвалидов. М., 2000, 151 с.
5. Сборник информационно аналитических материалов о деятельности ФГУ «ГБ МСЭ по Омской области» Омск, 2006 – 130 с.
6. Социальная сфера России: социологический анализ (1990 - 2000 гг.)/под редакцией В.И. Жукова. -М., 2001. - 283 с.

6. М.В.Коробов, Л.Н.Карпов, К.А.Каменков « Статистика медико- социальной экспертизы», учебно – методическое пособие. С-Петербург -, СПбИУВЭК, 2002.155с.

7. М.В.Коробов, В.Г.Помников « Справочник по медико- социальной экспертизе и реабилитации» СПб. 2005г.- 853с.

8. Дубинина И.А., Смирнова Н.С. «Социальные причины инвалидности», учебно – методическое пособие. СПб. СПбИУВЭК, 2000г.

9. Пузин С.Н., Гришина Л.П., Кардаков Н.Л. «Инвалидность в Российской Федерации». - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006 г. - 224с.