



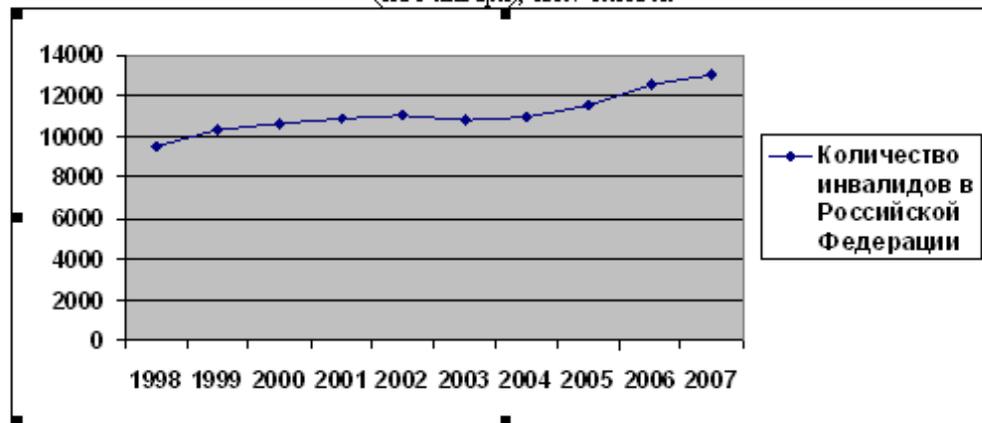
**«Практика освидетельствования граждан на предмет
установления (снижения, отмены) группы
инвалидности в федеральных государственных
учреждениях
медико-социальной экспертизы в 2009 году
(по итогам мониторинга Всероссийского общества
инвалидов)»**

Рысев Олег Викторович,
заместитель председателя
Всероссийского общества
инвалидов

В пятилетней практике проведения мониторинга Всероссийское общество инвалидов трижды обращалось к различным аспектам работы ФГУ МСЭ.

В предыдущих обследованиях ВОИ было подтверждено, что в результате разделения льготных категорий населения России на «федеральных» и «региональных» льготников, в **2005 - 2006 годах резко увеличился приток на первичное освидетельствование МСЭ** лиц пенсионного возраста, имеющих те или иные признаки инвалидности.

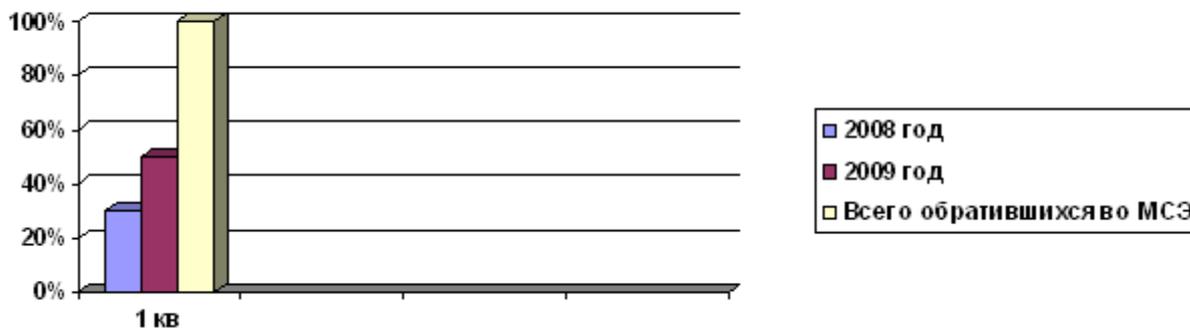
Динамика роста численности инвалидов в Российской Федерации
(на 1 января), тыс. человек



Источник: По данным Пенсионного фонда Российской Федерации, Минобороны России, МВД России, ФСБ России.

В первом полугодии 2009 года в связи с начавшимся в стране экономическим кризисом в экспертные комиссии **гораздо чаще стали приходить граждане трудоспособного возраста.**

К примеру, по сведениям, поступившим в Калининградскую областную организацию ВОИ от регионального руководства ФГУ ГБ МСЭ, в I квартале 2009 года доля лиц трудоспособного возраста в общем числе граждан старше 18 лет, обратившихся за освидетельствованием в учреждения МСЭ, достигла 50%. По итогам 2008 года эта доля не превышала 30%.





Параллельно с ростом численности инвалидов в 2005-2006 годах органы МСЭ с санкции государства начали процесс «оптимизации» структуры инвалидности.

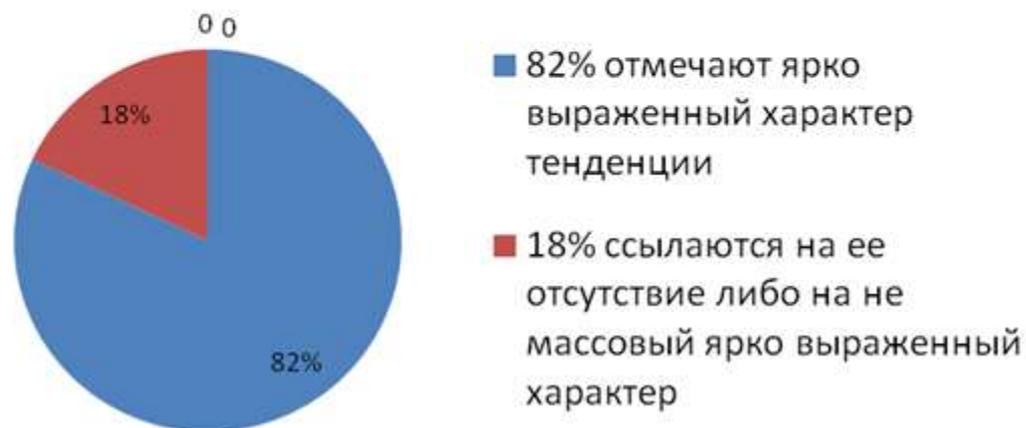
Обследование ВОИ 2007 года показало, что этот процесс нашел выражение в **двух** основных тенденциях:

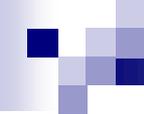
- ❑ **структурной перегруппировки общего числа освидетельствованных инвалидов в сторону установления им более «низких» групп инвалидности.**
- ❑ **установлении инвалидам более низкой степени ОСТД по сравнению с группой их инвалидности.**

Указанный процесс «оптимизации» структуры инвалидности органами МСЭ во многом носит субъективный характер, зависящий от воли и идеологического посыла конкретного эксперта, и создает возможность направленной, в том числе неадекватной, трактовки экспертизой состояния здоровья и функций жизнедеятельности лица, проходящего освидетельствование.

В кризисный период 2008 - 2009 годов **тенденция «оптимизации» структуры инвалидности** органами МСЭ путем понижения или снятия статуса инвалидности (группы инвалидности и степени ОСТД) у освидетельствованных граждан приобрела более жесткий и распространенный характер.

Увеличение тенденции снижения группы инвалидности и СОСТД по информации региональных организаций ВОИ





Направленное ужесточение экспертной практики медико-социальных служб проявилось в таких структурных тенденциях, как:

- снижение группы инвалидности и степени ОСТД инвалидам I и II групп;
- снятие статуса инвалидности и (или) степени ОСТД с инвалидов III группы;
- лишение статуса инвалидности несовершеннолетних детей-инвалидов и детей-инвалидов, достигших 18-летнего возраста;
- сокращение в некоторых регионах абсолютной численности инвалидов.

Экспертные комиссии устанавливали более низкую группу инвалидности и степень ОСТД гражданам трудоспособного возраста, либо лишали их статуса инвалидности по следующим основаниям:

- формально зафиксированный факт прохождения инвалидом «курса мероприятий» в рамках рекомендованной ему программы реабилитации.
- получение инвалидом диплома специалиста по завершении среднего или высшего специального образования.
- наличие у гражданина инвалидности по вполне определенным основаниям, недостаточно «убедительным» для органов МСЭ.
- прохождение инвалидом медико-социальной экспертизы позже предписанного ему срока переосвидетельствования.

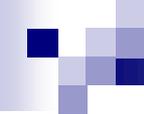
Все более «популярным объектом оптимизации» структуры инвалидности со стороны учреждений МСЭ становятся дети-инвалиды.

Конкретными проявлениями указанной экспертной практики являются:

- отказ в официальном признании инвалидности у детей, имеющих очевидные признаки стойкого нарушения здоровья и функций жизнедеятельности;
- отмена статуса ребенка-инвалида у несовершеннолетних детей;
- снятие инвалидности с детей-инвалидов по достижении ими 18-летнего возраста.

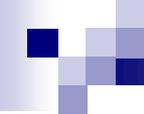
В основе такого рода решений комиссий МСЭ чаще всего лежат те же методические или формально-содержательные подходы, которые применяются к инвалидам трудоспособного возраста.

«Экзотическим» поводами для снятия с детей статуса «ребенок-инвалид» становится все чаще их участие в тех или иных видах творческой и спортивной деятельности, а также хорошая успеваемость в школе.



В некоторых регионах вопреки состоянию «инвалидизирующих» факторов наметилась тенденция сокращения абсолютной численности инвалидов.

Например, в Оренбургской области, начиная с 2007 года, резко замедлился темп роста инвалидности в расчете на 10 тысяч человек населения. В результате этого в 2008 году впервые за последние шесть лет общая численность инвалидов в регионе не увеличилась, а сократилась на 0.3% (с 247 766 до 247 013 человек).



В связи с этим считаем, что в настоящее время необходимо пересмотреть существующую систему медико-социальной экспертизы, так как:

- ❑ освидетельствования граждан в органах медико-социальной экспертизы – это многоступенчатая, длительная, затратная процедура;**
- ❑ освидетельствование граждан, как правило, носит «субъективный» характер;**
- ❑ отсутствуют четкие, понятные гражданам критерии установления той или иной группы инвалидности;**

- 
- ❑ отсутствие в системе МСЭ специалистов-реабилитологов;
 - ❑ отсутствие у граждан необходимой информации о своих правах и порядке проведения медико-социальной экспертизы;
 - ❑ фактически отсутствует возможность реального пересмотра решения бюро МСЭ



**Спасибо за
внимание!**