

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 614.2:616-036.865-053.2

Есауленко И.Э.¹, Сергеева О.В.^{1,2}, Дмитренко Л.Б.¹, Рушанян А.А.^{1,3}

ПРОВЕДЕНИЕ РАБОТЫ ПО ОТРАБОТКЕ ПОДХОДОВ ПРИ АПРОБАЦИИ НОВЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ И КРИТЕРИЕВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ФКУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МСЭ ПО ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, г. Воронеж, Россия;

²Департамент социальной защиты Воронежской области, 394006, г. Воронеж, Россия;

³Федеральное казённое учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области» Минтруда России, 394043, г. Воронеж, Россия

Данная статья отражает ход и вопросы пилотного проекта по апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы у детей. Описаны этапы и результаты исследования, то позволило внести предложения по усовершенствованию классификаций и критериев по полученным результатам на базе учреждений медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: инвалид; дети; скелетно-мышечная система; реабилитация; пилотный проект; медико-социальная экспертиза.

Для цитирования: Есауленко И.Э., Сергеева О.В., Дмитренко Л.Б., Рушанян А.А. Проведение работы по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей на базе ФКУ «Главное бюро МСЭ по Воронежской области» Минтруда России. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2018; 21 (1–2): 84–88. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-1-84-88>

Для корреспонденции: Есауленко Игорь Эдуардович, д-р мед. наук, проф., ректор Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н. Бурденко. E-mail: mail@vrngmu.ru

Esaulenko I.E.¹, Sergeeva O.V.^{1,2}, Dmitrenko L.B.¹, Rushanian A.A.^{1,3}

IMPLEMENTATION MEASURES ON THE DEVELOPMENT OF APPROACHES FOR APPROVAL OF NEW CLASSIFICATIONS AND CRITERIA USED IN THE REALIZATION OF THE MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE OF CHILDREN ON THE BASIS OF THE “MAIN BUREAU OF THE MEDICAL SOCIAL EXPERTISE IN THE VORONEZH REGION” MINISTRY OF LABOR OF RUSSIA.

¹N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, 394036, Russian Federation;

²Social Security Department of the Voronezh region, Voronezh, 394006, Russian federation;

³Main Bureau of Medico-Social Expertise for the Voronezh region, Voronezh, 394043, Russian Federation

This article reflects the course and questions of the Pilot project on the approbation of new classifications and criteria used for the implementation of medico-social examination in children. Stages and results of a research described have allowed giving suggestions on the improvement of classifications and criteria according to received results on the basis of institutions of medico-social examination.

Key words: disabled; children; musculoskeletal system; rehabilitation; Pilot project; medico-social examination.

For citation: Esaulenko I.E., Sergeeva O.V., Dmitrenko L.B., Rushanian A.A. Implementation measures on the development of approaches for approval of new classifications and criteria used in the realization of the medical and social expertise of children on the basis of the “Main Bureau of the Medical Social Expertise in the Voronezh region” Ministry of Labor of Russia. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2018; 21 (1–2): 84–88. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-1-84-88>

For correspondence: Igor E. Esaulenko, MD, PhD, DSc, Prof., Rector of the N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, 394036, Russian Federation. E-mail: mail@vrngmu.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 13 February 2018

Accepted 27 February 2018

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы и на основании приказа Минтруда России от 28 ноября 2016 г. № 675н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей» Воронежская область участвовала в реализации пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей (далее – пилотный проект). В пилотном проекте также принимали участие Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Смоленской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России) и Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – СПБИУ-ВЭК).

Мониторинг хода реализации пилотного проекта осуществляли общественные организации инвалидов и организаций родителей детей-инвалидов. Активное участие в обсуждении итогов реализации каждого из этапов проекта принимали представители Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, органов исполнительной власти региона, уполномоченный по правам ребёнка и по правам человека области, члены Общественной палаты региона, Народного фронта, рабочая группа по контролю за реализацией пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей (созданная Приказом Минтруда России №849 от 29 декабря 2016 г.).

Пилотный проект проводился в три этапа:

- первый этап – с 1 января 2017 г. по 28 февраля 2017 г.;
 - второй этап – с 1 марта 2017 г. по 30 сентября 2017 г.;
 - третий этап – с 1 октября 2017 г. по 15 ноября 2017 г.
- Задачами пилотного проекта являлись:
- а) отработка подходов при применении новых классификаций и критериев, выявление рисков при их внедрении и подготовка предложений по их устранению и минимизации негативных последствий;
 - б) отработка методов и способов внутриведомственного и межведомственного взаимодействия учреждений и организаций, осуществляющих реабилитационные и (или) абилитационные мероприятия детей;
 - в) апробация технологии и процедуры проведения медико-социальной экспертизы детей с учётом особенностей освидетельствования детского на-

селения, в том числе с участием законных представителей ребёнка.

Результатом проведения пилотного проекта стала подготовка предложений по совершенствованию порядка освидетельствования детей в учреждениях медико-социальной экспертизы, выявление рисков при применении новых классификаций и критериев установления инвалидности у детей. Внешний контроль за ходом реализации проекта с учётом ежемесячного анализа результатов апробации новых классификаций и критериев, а так же методическое сопровождение деятельности Учреждения МСЭ осуществлялось членами рабочей группы по контролю за реализацией пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей.

На первом этапе пилотного проекта утверждались распорядительные документы, организовывалось изучение работниками подходов при применении новых классификаций и критериев, определялась репрезентативная выборка из числа детей, проходящих освидетельствование, для участия в добровольной апробации, проводились учебно-методические и тренинговые мероприятия, отработывалось взаимодействие с медицинскими организациями. Также активно велась информационная работа. Реализация пилотного проекта осуществлялась в рамках действующего нормативно-правового поля^{1, 2, 3}.

Разработкой научно обоснованных предложений по объективизации классификаций и критериев установления инвалидности у детей занимались сотрудники ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, ФГБУ «Федеральное бюро МСЭ».

Достоверность статистических выводов и содержательная интерпретация результатов зависели от репрезентативности выборки. Статистические свойства совокупности изучали на выборочной совокупности. Состав генеральной совокупности был определен исходя из целей и задач исследования – совокупность детей, прошедших освидетельствование в учреждении МСЭ (признанных и не признанных инвалидами) первично и повторно.

Для участия в экспериментальной части пилотного проекта была определена репрезентативная выборка из генеральной совокупности. Объём исследования включенных в выборочную совокупность был определен задачами исследования, степенью однородности генеральной совокупности, величиной достоверительной вероятности, при которой гарантируется достоверность результата исследований, требуемой

¹Постановление Правительства РФ от 01 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы».

²Приказ Министерства труда Российской Федерации от 28 ноября 2016 г. № 675н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей».

³Приказ Министерства труда Российской Федерации от 29 декабря 2016 г. «О рабочей группе по контролю за реализацией пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей».

точностью результатов, т.е. величиной допускаемой ошибки репрезентативности. Размер выборки исчислялся по формуле:

$$SS = \frac{Z^2 \times (p) \times (1-p)}{C^2},$$

где Z – Z фактор (например, 1,96 для 95% доверительного интервала);

p – процент интересующих респондентов или ответов, в десятичной форме (0,5 по умолчанию);

C – доверительный интервал, в десятичной форме (например, $0,05 \pm 5\%$).

Для проведения медико-социального исследования в пилотном проекте выбрана доверительная вероятность 95%, доверительный интервал $\pm 5\%$. Состав генеральной совокупности был определён путём расчёта средних величин за 3 года (2014–2016), исходя из суммирования численности детей, прошедших освидетельствование в учреждении МСЭ первично и повторно. Результаты подсчёта генеральной совокупности представлены в табл. 1.

Генеральная совокупность освидетельствованных детей в учреждении МСЭ составила в целом 3604 человека, в том числе 795 детей первично освидетельствованных, 2809 детей повторно освидетельствованных. Размер достаточного выборочного исследования представлен в табл. 2.

Для обоснования репрезентативности выборки были избраны наиболее важные и точно отображающие свойства общей совокупности две группы признаков – возраст детей и пол. Вместе с тем необходимо было создать представительство классов и отдельных болезней в соответствии со статистической

классификацией болезней МКБ-10. Кадровые и организационные ресурсы учреждения МСЭ позволили провести экспериментальное освидетельствование приблизительно каждому 3–4-му ребенку, и следовательно, выборка была увеличена до 1012 детей.

Характеристики выборочной совокупности по половозрастным параметрам соответствовали генеральной. Удельный вес разных классов и отдельных болезней в выборочной совокупности также повторял состав генеральной совокупности.

Таким образом, объём и состав выборочной совокупности детей репрезентативно представлял генеральную совокупность по трём признакам: полу, возрасту и нозологическим формам и классам болезней.

Руководителям бюро также было предоставлено право дополнительно осуществлять по собственному усмотрению выборку в количестве не менее 100 детей, поскольку заранее прогнозировать половой, возрастной и нозологический состав детей, никогда до этого не посещавших учреждение МСЭ, невозможно. Вследствие вышесказанного плановый показатель был расширен до 1131 ребенка с целью реализации возможности отбирать детей с редко встречающейся патологией и включать их в утверждённый список.

С целью привлечения к обсуждению научной общественности, представителей практического здравоохранения проект новых классификаций и критериев был направлен в ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, медицинские организации. Обсуждение новых классификаций и критериев проводилось по секциям (нозологическим направлениям) в виде детального обсуждения разделов, предложений, которые дополнительно могли быть использованы в совершенствовании новых критериев. В процессе обсуждения возникли указанные ниже вопросы и предложения.

1. В проекте классификаций и критериев отсутствует объективизация нарушений, возникающих при патологии сосудов (артерий, вен, лимфатических узлов); возможно, стоит объективизировать нарушения, возникающие при патологии сосудистой системы.
2. Отсутствует пункт по рассеянному склерозу.
3. Отсутствует пункт по цереброваскулярной патологии у детей.
4. Отсутствуют пункты: спаечная болезнь, кишечная непроходимость, что затрудняет объективизацию при данных состояниях.
5. Раздел 12 относится к болезням кожи и подкожной клетчатки (класс по МКБ XII), а пункт 12.4 – это врожденные аномалии, в том числе ихтиоз, представлен в промежутке Q 80–89. Имеет смысл перенести ихтиоз в раздел пункта 17: «Врожденные аномалии».
6. Из раздела 12.4.1 исключить ихтиоз плода. В данном разделе представлена возрастная группа от 0 до 14 лет, необходимо уточнить возрастную категорию. Кроме указанных клинико-функциональных характеристик (40–60%) необходимо внести уродующие нарушения. Необходимо разработать клинико-функциональные критерии в процентной оценке 90% в случае наличия значительно выраженных нарушений функций организма.

Таблица 1

Состав генеральной совокупности освидетельствованных детей в учреждении МСЭ

Год	Число детей, прошедших освидетельствование в учреждении МСЭ, абс.	
	первично	повторно
2014	748	2731
2015	735	2770
2016	903	2926
2014–2016 ($M \pm m$)	795 ± 84	2809 ± 78

Таблица 2

Размер выборочной совокупности для проведения экспериментальной части пилотного проекта в учреждении МСЭ

Показатель	Первично	Повторно	Всего
Число детей в генеральной совокупности	795	2809	3604
Число детей в выборочной совокупности	259	338	347
Объём выборочной совокупности с учётом трёх групп признаков	508	937	1012

7. В пункте 4.7 указаны следующие заболевания: несахарный диабет, нейрогенный несахарный диабет, нефрогенный несахарный диабет. В подпунктах 4.7.1–4.7.2 объективизирован именно нефрогенный несахарный диабет, возможно, стоит убрать конкретную ссылку на нефрогенный несахарный диабет, поскольку это ограничивает оценку несахарного диабета иного генеза именно по конкретному пункту.
8. В пункте 4.9 указаны «Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов». В примечаниях рекомендовано учитывать невозможность самостоятельного контроля за течением заболевания. Пункт 4.9.3 – сольтеряющая форма, незначительные функциональные нарушения, при полностью сформированном контроле за течением заболевания – 10–30%, однако в пункте 4.9.4 – сольтеряющая форма с частыми кризами – 40–60%. Нами отмечено, что в условиях несформированного самостоятельного контроля за течением заболевания, стоит объективизировать их по аналогии с сахарным диабетом.
9. Вп. 3.5.1.2–3.5.1.4, где объективизированы нарушения, возникающие при наследственных дефицитах факторов свертывающей системы крови, не упомянуто наличие контрактур, которые являются самым частым осложнением гемартрозов в детском возрасте. В связи с этим, оценивая степень выраженности дефицита факторов, врач-эксперт не может объективизировать имеющиеся контрактуры в соответствии с конкретным пунктом. Возможно, стоит вынести наличие осложнений (контрактур) отдельным пунктом, поскольку степень контрактур не коррелирует со степенью выраженности дефицита фактора.
10. Требуется приведения в соответствие с клинико-функциональной характеристикой патологии с оценкой выраженности нарушенной функции в процентном отношении (раздел травматологии и ортопедии).

Анализ поступивших в адрес Главного бюро МСЭ от ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, медицинских организаций и Департамента здравоохранения замечаний и предложений по тексту новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей, во многом подтвердил выводы, сделанные специалистами медико-социальной экспертизы.

На втором этапе пилотного проекта (с 1 марта 2017 г. по 30 сентября 2017 г.) непосредственно проходила апробация новых классификаций и критериев. На каждого ребёнка, участвующего в добровольной апробации, формировалась таблица с включением в неё подробной информации об оценке ограничений жизнедеятельности ребёнка, вызванных стойким расстройством функций организма, видах, формах, сроках и объёмах мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной (психолого-педагогической) реабилитации, установлении категории «ребёнок-инвалид».

Отрабатывалась модель межведомственного взаимодействия учреждений и организаций, осуществляющих реабилитацию и (или) абилитацию детей-инва-

лидов, формировался банк данных граждан, участвующих в добровольной апробации новых классификаций и критериев.

В итоге совместно с Федеральным бюро МСЭ и Санкт-Петербургским институтом усовершенствования врачей-экспертов анализировались результаты апробации новых классификаций и критериев, выявлялись риски при их внедрении в работу учреждения МСЭ.

По итогам проведённого анализа готовились также предложения по внесению изменений в формы документов, используемых в ходе проведения медико-социальной экспертизы и по её результатам. При выявлении «рисков» расхождения решений по действующим и апробируемым критериям составлялось заключение с анализом причин и предложениями по их устранению либо минимизации.

С целью объективизации степени выраженности нарушенных параметров организма в учреждении МСЭ применялось специальное, высокотехнологичное диагностическое оборудование, что способствовало повышению качества медико-социальной экспертизы, объективизации потребностей детей-инвалидов в различных мерах реабилитации.

В рамках реализации пилотного проекта отделом по реабилитационно-экспертной работе обследовано 409 детей, в том числе 236 детям проведено экспертно-психологическое обследование, чётким детям выполнена социально бытовая диагностика, 120 детям проведены аппаратные методы исследования на специальном диагностическом оборудовании. В исследовании на специальном, высокотехнологичном диагностическом оборудовании участвовали дети в возрасте от 5 до 17 лет. По гендерной градации доля девочек составила 55 человек, мальчиков – 65.

Проводилась оценка качества параметров ходьбы и устойчивости на программном комплексе «Эргометр», где после оценки биомеханики ходьбы системно оценивались скорость, темп ходьбы и время шагового цикла. В некоторых случаях, с учётом антропометрических особенностей при исследовании параметров ходьбы на программном комплексе «Эргометр», возникали трудности во время расчёта результата, оборудование выдавало заключение о некорректном шаге. Такие заключения выявлены у детей со сниженной массой (12–15 кг) независимо от возраста. Для получения достоверной информации ребёнку было также необходимо корректно и чётко донести требования задания. Затруднение работы на программном комплексе «PRIMUS» было вызвано отсутствием детских насадок к аппарату, непониманием задания детьми в раннем возрасте.

Экспериментально-психологическое обследование детей с помощью психодиагностических методов проводилось с целью выявления нарушений психических функций и адаптационных способностей ребенка, а также сохраненных функций, зоны актуального и ближайшего развития, социально-психологических условий развития ребёнка с целью уточнения экспертно-реабилитационного диагноза и формирования индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида.

Специалистом по социальной работе проводились

обследования для уточнения социального статуса ребёнка, социально-средовых и социально-бытовых условий жизни с целью определения наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности ребёнка, оценки возможностей и условий его социализации, социальной адаптации и интеграции в общество. Учитывалась способность ребёнка к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности с учётом возрастных особенностей и базовых социальных характеристик, проводился анализ данных, отражающих проблемы ребёнка в ближайшем окружении (в быту): оценка социально-бытовых условий, способности ребенка самостоятельно передвигаться по дому, удовлетворять основные физиологические потребности, осуществлять личную гигиену, выполнять повседневную бытовую, досуговую и игровую деятельность. Время, затраченное на обследование, составило в среднем 90 мин. Полученные результаты позволили уточнить виды и степень ограничений жизнедеятельности, а в случае признания ребёнка инвалидом и определение его потребности в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Анализ результатов проводился еженедельно. В итоге выявлено 24 риска, сформировано 118 предложений по внесению изменений и дополнений в новые классификации и критерии. Все риски и предложения передавались в ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России и ФГБУ «СПБИУВЭК» Минтруда России в рамках еженедельных отчётов.

Анализ сформированных предложений и выявленных рисков позволил внести изменения и дополнения в классификации и критерии для широкого использования на всей территории Российской Федерации.

На третьем этапе проведения пилотного проекта проводилась итоговая аналитическая работа, составлялся итоговый отчёт. При анализе распределения характеристик количественной оценки выраженности нарушений функций организма в процентах при освидетельствовании граждан в возрасте до 18 лет в рамках пилотного проекта выявлено, что значительного изменения количественной оценки по первоначальному проекту новых классификаций и критериев не произошло (выявлено не более 5% случаев увеличения и 4% – уменьшения Расхождений экспертных решений при освидетельствовании граждан в возрасте до 18 лет по действующим и но-

вым классификациям и критериям с применением конкретных пунктов количественной оценки в процентах не выявлено.

Оценивались также риски изменения оценочных характеристик нарушенных функций организма при переходе от категории «ребенок-инвалид» к инвалидности, устанавливаемой по классификациям и критериям, применяемым после достижения 18 лет. Для этого углублённо анализировались оценки нарушенных функций у детей старше 14 лет. Данный анализ показал отсутствие рисков при переходе из категории «ребенок-инвалид» на «взрослую» инвалидность. Разработанные и направленные в адрес разработчиков классификаций и критериев предложения и выявленные риски позволили устранить имеющиеся различия в количественной оценке выраженности нарушений функций организма.

В итоге проведения мероприятий по реализации пилотного проекта были внесены предложения, касающиеся доработки новых классификаций и критериев с учётом выявленных в ходе пилотного проекта рисков и рекомендуемых мероприятий по реабилитации и (или) абилитации детей-инвалидов, а также по внесению изменений в формы документов, используемых в ходе проведения медико-социальной экспертизы и её результатов; внедрению, с учётом выявленных рисков, новых классификаций и критериев в деятельность учреждений МСЭ; осуществлению межведомственного взаимодействия учреждений МСЭ и организаций, осуществляющих реабилитацию и (или) абилитацию детей-инвалидов.

Таким образом, проведение пилотного проекта по отработке подходов при апробации новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы детей, позволило внести предложения по усовершенствованию выше-означенных классификаций и критериев по результатам практической отработки на базе учреждений медико-социальной экспертизы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Поступила 13.02.18

Принята к печати 27.02.18