

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-
ЭКСПЕРТОВ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Севастьянов Михаил Александрович

**Медико-социальная экспертиза и реабилитация пострадавших
в результате несчастных случаев на производстве
и профессиональных заболеваний**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, доцент
Владимирова Оксана Николаевна

доктор медицинских наук, доцент
Бондарев Сергей Анатольевич

Санкт-Петербург – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	22
1.1 Экономическое значение и основные эпидемиологические тенденции в структуре и распространённости профессиональных заболеваний и производственных травм.....	22
1.2 Мировой опыт экспертизы трудоспособности для оценки ущерба здоровью пострадавших на производстве в процессе восстановления их профессиональной трудоспособности.....	28
1.3 Основные направления совершенствования профессиональной реабилитации и системы страхового обеспечения в целях возвращения пострадавших на производстве к трудовой деятельности: международный опыт.....	37
1.4 Современное состояние социального страхования и медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве в Российской Федерации.....	42
1.5 Российский опыт использования критериев оценки утраты трудоспособности при профессиональных заболеваниях и производственных травмах.....	55
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	66
2.1 Программа комплексного медико-социального исследования.....	66
2.2 Методы статистической обработки результатов исследования и оценка достоверности результатов.....	77
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ПРАВОВОГО АНАЛИЗА НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ВОПРОСЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И МЕТОДИКУ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	79
3.1 Медико-социальная реабилитация и социальное обеспечение пострадавших на производстве в системе международных и российских правовых норм.....	79

3.2 Анализ правовых и методических подходов к экспертизе трудоспособности.....	90
3.3 Действующие методы объективизации утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний: достоинства и недостатки.....	102
ГЛАВА 4. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ФОРМИРОВАНИИ И СТРУКТУРУ КОНТИНГЕНТА ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ.....	108
4.1 Основные тенденции формирования контингента пострадавших на производстве и факторы, оказывающие наиболее существенное влияние на динамику изменений.....	108
4.2 Анализ контингента пострадавших на производстве со стойкими нарушениями профессиональной трудоспособности.....	116
4.3 Анализ нуждаемости пострадавших на производстве в реабилитационных мероприятиях, социально-экономических показателей возмещения вреда здоровью и результатов реабилитации.....	120
ГЛАВА 5. ЭКСПЕРТИЗА УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ.....	135
5.1 Сравнительный анализ клинико-функциональных критериев утраты профессиональной трудоспособности и критериев инвалидности.....	135
5.2 Структура производственного травматизма, профессиональной заболеваемости и их последствий в виде утраты профессиональной трудоспособности (на примере Ставропольского края и Свердловской области).....	141
5.3 Результаты экспертной оценки профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве.....	146
5.4 Предложения по изменению критериев оценки способности к профессиональной деятельности.....	152

5.5 Результаты апробации разработанных критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах.....	159
ГЛАВА 6. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И УПРАВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ПРОЦЕССОМ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ.....	168
6.1 Концепция медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве с позиций Международной классификации функционирования	168
6.2 Межведомственное взаимодействие в системе медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве на примере обеспечения техническими средствами реабилитации.....	178
6.3 Выгоды и риски использования электронного сертификата в медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве на примере обеспечения техническими средствами реабилитации.....	182
6.4 Анализ потребности инвалидов и пострадавших на производстве в технических средствах реабилитации и их готовности к использованию электронного сертификата.....	226
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	237
ВЫВОДЫ.....	252
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	257
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	261
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	262
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Экспертный опрос.....	309
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета по изучению мнения граждан по введению целевого денежного сертификата для оплаты технических средств реабилитации.....	313

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

По различным оценкам, общая численность экономически активного населения в мире достигает 2,6 миллиарда человек, при этом около половины из них трудятся в сельском хозяйстве [333]. Большинство промышленно развитых стран сталкиваются с увеличением продолжительности жизни при снижении рождаемости, что требует решения целого ряда социальных проблем, связанных с необходимостью сохранения стабильности и развития профессионального потенциала лиц трудоспособного возраста [252]. Одним из негативных факторов, оказывающих существенное влияние на структуру и численность населения, занятого в экономике, являются производственные травмы и профессиональные заболевания, на долю которых в мире ежегодно приходится около 2,3 миллиона смертей и более 300 миллионов случаев временной нетрудоспособности. Производственные инциденты имеют значительные отрицательные последствия, проявляющиеся не только в сокращении человеческих ресурсов, но и в снижении доходов соответствующих домохозяйств и росте расходов работодателей и страховых фондов на компенсационные выплаты [300, 319]. Прямые и косвенные экономические затраты при этом составляют в среднем около 4 % годового мирового валового внутреннего продукта (ВВП) [326].

Около 0,5–1 % работающего населения различных стран в год получают производственные травмы той или иной степени тяжести [300, 343]. Примерно 10 % производственных травм приводят к необратимым нарушениям [211].

Основными «мишенями» для приложения усилий в мировой практике являются: профилактика производственных травм и профессиональных заболеваний [118, 233, 284, 295, 297], совершенствование межведомственного взаимодействия в процессе возвращения пострадавших на производстве к труду [291, 311, 316, 348], экономическое стимулирование работодателей [223] и работников в случае успешного возвращения к трудовой деятельности [317]. Особое внимание уделяется совершенствованию клиентоориентированного

индивидуального подхода к комплексной реабилитации [318] и социальной поддержки в период возвращения к работе [240, 327].

Возвращение пострадавших на производстве к труду является ключевым результатом как для системы страхования, так и для самих работников [239], что обуславливает необходимость постоянного совершенствования системы профессиональной реабилитации и последующего трудоустройства. Исследования последних лет показывают, что доля лиц, вернувшихся к трудовой деятельности после производственных инцидентов со стойкими функциональными нарушениями, в большинстве развитых стран достигает 80–90 % [230, 289, 343].

На возможность, экономическую и социальную целесообразность возвращения к труду пострадавших на российских предприятиях указывает и ряд отечественных авторов: Божков И.А., Меркурьева Л.А. (2004) [166]; Королёв С.В., Степанян А.Ж., Гурдус В.О. (2014) [90]; Кузнецов В.П., Свищев А.В. (2016) [93]; Кароль Е.В., Хандрикова Я.Н., Якимова Е.А. (2016) [79]; Латыпов М.М. (2016) [99], Зевалич М.Л. (2018) [61], Ярилова И.Ю. (2019) [206]. Так, к примеру, Измеров Н.Ф. (2015) [67] считает, что это позволит уменьшить размер финансового ущерба, связанного с неблагоприятными условиями труда, который оценивается в размере 2 трлн руб. или около 2 % валового внутреннего продукта ежегодно.

Несовершенство и низкая эффективность действующей в России системы медико-социальной помощи и реабилитации пострадавших на производстве отмечается в работах таких авторов, как: Ан А.В. (2008) [6]; Сытин Л.В., Жестикова М.Г. (2014) [181]; Коробов М.В., Карасаева Л.А. и др. (2014) [204]; Сибогатулина Н.Ю. (2014) [167]; Барановская Т.В., Першай Л.К. (2015) [18]; Иванова Е.Э., Маев Э.З. (2019) [64]. Среди основных факторов, обуславливающих низкую эффективность реабилитационной помощи пострадавшим на производстве, выделяют: организационные факторы; кадрово-образовательные факторы; технологические факторы; методические факторы; мотивационные факторы.

При этом отмечается, что административные системы и политика медико-социальной экспертизы (МСЭ), социального страхования, здравоохранения, труда и занятости, а также служб, предлагающих свои услуги по реабилитации пострадавших на производстве, не объединены единой административной системой стратегического, тактического и организационно-координационного управления [75, 95, 108].

На учреждения медико-социальной экспертизы законодательно возложено определение степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) в процентах, определение ограничений жизнедеятельности и признаков инвалидности той или иной группы, как по последствиям несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, так и во всех остальных случаях, что требует формирования единых методических подходов к проведению экспертной диагностики.

Действующие в настоящее время нормативные документы, регулирующие порядок оценки степени утраты профессиональной трудоспособности, приняты в начале 2000-х годов. На несовершенство действующих критериев, в особенности «профессиональных» (сравнение тарификационных разрядов, категорий тяжести и объема труда, а также заработной платы), приводящее к необъективности трактовок и снижению эффективности предоставляемых пострадавшим на производстве медицинских и реабилитационных услуг, указывалось в работах таких авторов, как Панина И.А. (2002) [124], Балдецкий А.А. (2008) [17], Данилова С.Г., Панов А.В. (2011) [47], Гаркуша Л.Г., Баранова Л.Ю., Забирова В.И. (2012) [43], Струкова О.Г. (2017) [4]. При этом каких-либо предложений по изменению методики медико-социальной экспертизы авторами не высказано.

Таким образом, механизмы управления системой комплексной реабилитации пострадавших на производстве недостаточно эффективны и не взаимосвязаны с методическими подходами к установлению степени утраты профессиональной трудоспособности, что диктует необходимость проведения комплексного исследования проблем, связанных с медико-социальной

экспертизой и реабилитацией пострадавших на производстве, и обуславливает его актуальность.

Степень разработанности темы исследования

Основная методологическая база для медико-социальной экспертизы пострадавших на производстве была заложена в 1998-2000 годах после создания в Российской Федерации системы социального страхования. В 1998 году вступил в силу Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», в развитие статьи 31 данного закона Правительством Российской Федерации были утверждены: «Положение о расследовании и учете профессиональных заболеваний» (постановление Правительства РФ от 15.12.2000 № 967), «Правила установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (постановление Правительства РФ от 16.10.2000 № 789), Положение об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (постановление Правительства РФ от 15.05.2006 № 286). Министерством труда Российской Федерации были утверждены «Формы документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и Положение об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях» (постановление Минтруда России от 24.10.2002 № 73), «Временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания», далее – Временные критерии (постановление Минтруда России от 18.07.2001 № 56).

Концептуальный подход к определению утраты профессиональной трудоспособности пострадавших, созданный более 20 лет назад, был основан на комплексе ключевых положений о влиянии последствий профессиональных заболеваний и/или трудовых увечий на профессиональную деятельность работника, в которой произошел страховой случай. В немногочисленных публикациях на эту тему авторы отметили недостатки созданной модели: сложность экспертизы, недостаточный учет результатов профессиональной реабилитации при экспертной оценке степени утраты профессиональной трудоспособности, низкую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

При этом конкретные предложения по изменению подходов и методики определения степени утраты профессиональной трудоспособности на основе анализа доменов функционирования, активности и участия пострадавших на производстве в доступных источниках не представлены. Исследования системы реабилитации пострадавших на производстве не затрагивают вопросов, связанных с изменением способов предоставления реабилитационных мероприятий, и механизмов управления и контроля результатов реабилитационных мероприятий. Недостаточная изученность вышеуказанных проблем, а также отсутствие обоснованных предложений по совершенствованию медико-социальной экспертизы и управления реабилитационными процессами определяют тему, объект, цель и задачи исследования.

Цель исследования

Разработка и научное обоснование нового методического подхода к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Задачи исследования

1. Провести сравнительно правовой анализ российских и международных документов, регламентирующих право социального обеспечения пострадавших на

производстве и методику оценки вреда, причинённого здоровью в результате производственных инцидентов.

2. Провести анализ комплекса социально-экономических факторов, влияющих на показатели профессиональной заболеваемости и производственного травматизма и их последствий.

3. Исследовать профессиональную трудоспособность и возможности по возвращению к трудовой деятельности пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний по результатам освидетельствований в учреждениях медико-социальной экспертизы в Российской Федерации.

4. Исследовать практику и результаты применения действующих критериев оценки степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве на территории Российской Федерации и проанализировать возможность влияния на результаты экспертизы внешних факторов.

5. Разработать и апробировать новую модель медико-социальной экспертизы степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве на основе концептуального подхода Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и концепции «разумного приспособления».

6. Оценить потребность пострадавших на производстве в медико-социальной реабилитации, в том числе в профессиональной, с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, выявить барьеры в действующей системе медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве.

7. Обосновать предложения по совершенствованию системы медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с учетом мнения целевой группы и профессионального сообщества об основных преимуществах и рисках предлагаемых изменений и разработать модель комплексной медико-социальной

реабилитации пострадавших на производстве на основе процессного подхода к оперативно-координационному управлению каждым случаем реабилитации с учётом изменения способа предоставления реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации.

7. Оценить потребности инвалидов с причиной инвалидности «общее заболевание», в том числе инвалидов по зрению и инвалидов с причиной инвалидности «трудовое увечье» в технических средствах реабилитации и их готовности к использованию электронного сертификата.

Научная новизна

В работе впервые проведён анализ комплекса медико-демографических и социально-экономических факторов, оказывающих влияние на регистрируемый уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Установлено, что, помимо роста расходов на мероприятия по охране труда, на уровень регистрируемого травматизма на производстве влияют такие факторы, как «сокрытие» несчастных случаев на производстве и снижение доли застрахованных от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в общей численности занятых на производстве.

Впервые результаты медико-социальной экспертизы и показатели реабилитации пострадавших на производстве исследованы во взаимосвязи с предоставляемыми объёмами и видами реабилитационных мероприятий, что позволило выявить основные направления совершенствования системы медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве. Установлено, что действующая в настоящий момент система финансово обеспечивает высокие показатели медицинской реабилитации 62,4 % случаев в среднем за 6 лет, при этом уровень организации и финансирования мероприятий по профессиональной реабилитации является низким, что в результате обуславливает обеспечение занятости и достижение производственной адаптации не более чем у 6,6 % освидетельствуемых в год.

В результате проведённых исследований впервые получены данные о действующей практике применения критериев установления степени утраты

профессиональной трудоспособности в процентах с точки зрения объективности и воспроизводимости получаемых результатов. Установлено, что коэффициент вариации принимаемых в ходе медико-социальной экспертизы решений составил 21,6 % при допустимом статистическом уровне не более 10 %.

В работе впервые предложены критерии установления степени утраты профессиональной трудоспособности, разработанные с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (Всемирная организация здравоохранения, 2001) и концепции «разумного приспособления», что позволило снизить коэффициент вариации принимаемых решений до 7,43 %.

Процесс медико-социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве впервые рассмотрен с позиций процессного подхода к тактическому управлению, что позволило предложить модель управления имеющимися ресурсами, ориентированную на пострадавшего.

Анализ существующих механизмов предоставления пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий и стратегический анализ внешней обстановки позволил обосновать внедрение в практику предоставления услуг по реабилитации электронного сертификата.

Теоретическая и практическая значимость работы

Определено влияние комплекса медико-демографических и социально-экономических факторов на основные закономерности динамических изменений показателей производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Использование предложенных автором критериев оценки степени УПТ и алгоритма экспертной диагностики по установлению степени УПТ позволило усовершенствовать методику медико-социальной экспертизы и обеспечило повышение уровня воспроизводимости принимаемых экспертных решений.

Результаты изучения показателей реабилитации пострадавших на производстве по основным её направлениям, с учётом расходов средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, позволили определить основные пути

совершенствования системы реабилитации пострадавших на производстве с учётом необходимости повышения качества их жизни и эффективности расходования средств.

Внедрение в практику предложенного автором механизма предоставления реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации позволяет не только обеспечить более высокий уровень доступности реабилитационных услуг, но и перестроить всю систему обеспечения пострадавших на производстве в соответствии с концепцией цифровой трансформации медико-социальной сферы, а также изменить структуру трудозатрат сотрудников региональных отделений Фонда социального страхования Российской Федерации (ФСС РФ), перенаправив вектор их деятельности на работу непосредственно с пострадавшими на производстве.

Результаты проведённого исследования дополняют и конкретизируют имеющиеся представления о методологии установления степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний, а также основные подходы к процессу медико-социальной реабилитации пострадавших.

Предложенные подходы к изменению механизмов предоставления пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий позволяют выстроить модель управления реабилитацией на основе проектного менеджмента.

Полученные результаты могут быть применены в практической работе учреждений медико-социальной экспертизы, ФСС РФ, реабилитационных центров различного уровня и учреждений социальной защиты населения.

Личное участие соискателя в получении результатов, изложенных в диссертации

Проведение диссертационного исследования является результатом выполнения автором большого объёма самостоятельной работы. Поставленные автором цели и задачи были решены в ходе проведённого им исследования и анализа полученных данных, что позволило сделать обоснованные выводы и соответствующие рекомендации. В ходе исследования автором самостоятельно

выполнен обзор отечественной и зарубежной литературы, отечественных и зарубежных нормативных актов, регламентирующих порядок и методику медико-социальной экспертизы и предоставления услуг по реабилитации пострадавшим на производстве. Сбор исследовательского материала выполнен лично автором при непосредственном участии во всех этапах исследования, «пилотном» проекте и апробации результатов. Разработка программы исследования, карт и анкет, формирование баз данных, подбор адекватных методов статистической обработки данных осуществлены автором самостоятельно, что позволило получить достоверные научные результаты, обобщить и интерпретировать их. Положения, выносимые на защиту, а также рекомендации по применению результатов исследования также сформулированы автором лично.

Методология и методы исследования

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования, работа выполнена по трем основным направлениям: социально-гигиеническому, медико-социальному и организационному.

Каждое направление исследования включало комплекс задач, соответствующие методические приемы, объекты исследования и источники получения информации.

Основные объекты исследования:

- пострадавшие на производстве в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, как застрахованные, так и незастрахованные в системе обязательного социального страхования;
- пострадавшие на производстве, в том числе инвалиды, освидетельствованные на МСЭ на предмет установления степени УПТ и/или разработки программы реабилитации пострадавшего вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (ПРП);
- инвалиды, освидетельствованные на МСЭ на предмет установления группы инвалидности и/или разработки индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА);

- специалисты региональных отделений ФСС РФ, курирующие вопросы организации реабилитации пострадавших на производстве;
- специалисты учреждений МСЭ в субъектах Российской Федерации, осуществляющие экспертно-реабилитационную диагностику на предмет установления степени УПТ и разработки ПРП;
- российские и международные нормативные акты, регламентирующие вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших на производстве;
- действующая система предоставления пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий за счёт средств обязательного социального страхования.

В процессе исследования использованы такие методы исследования, как: контент-анализ; сравнительно-правовой анализ, метод выкопировки данных; наблюдательное аналитическое исследование; экспериментальное аналитическое исследование; метод экспертных оценок; метод социологического опроса.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением общепринятых методов описательной статистики; оценивались такие показатели, как: стандартная ошибка, стандартное отклонение, уровень надёжности средних величин, коэффициент вариации, коэффициент корреляции, темп роста, темп прироста и др. Достоверность различий средних проверялась с использованием критерия Стьюдента и хи-квадрат.

Соответствие паспорту специальности

Диссертационное исследование выполнено согласно паспорту научной специальности 14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация (пункты 3, 6, 7, 10 паспорта специальности).

В работе автором проведена разработка организационных и методических аспектов медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве, в том числе инвалидов, в частности, разработаны новые медико-социальные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности, новые организационные механизмы

предоставления пострадавшим на производстве, в том числе инвалидам, реабилитационных мероприятий.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в деятельность Департамента по делам инвалидов Минтруда России (были внесены предложения в проекты новых нормативно-правовых документов), учреждений медико-социальной экспертизы, региональных отделений ФСС РФ, а также в учебный процесс Федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФГБУ ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России).

Материалы исследования были использованы при подготовке Федерального закона РФ от 30.12.2020 № 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата», а также Минтрудом России при разработке приказов: от 30.09.2020 № 687н «Об утверждении критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»; от 30.12.2020 № 982н «Об утверждении формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания и порядка ее составления».

Апробация работы

Результаты диссертационного исследования были доложены на международных и российских конференциях:

– III международная конференция «Современные тенденции медико-социального обслуживания и обеспечения пожилых людей и инвалидов» (IX Международный форум «Старшее поколение», 24.04.2014);

– Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные высокотехнологичные методы лечения и реабилитации на всех этапах медицинской помощи» (Санкт-Петербург, 04–06.09.2014);

- Научно-практическая конференция «Современные аспекты МСЭ и реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания» (Москва, 21–22.11.2014);
- Научно-практическая конференция с международным участием «Илизаровские чтения» (Курган, 10–11.06.2015);
- Научно-практическая конференция «Доступная среда. Аспекты второго плана» (Новокузнецк, 03–04.09.2015);
- Научно-практическая конференция в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» «Современная модель инвалидности и реабилитации инвалидов» (26-27.10.2015, Санкт-Петербург);
- Межрегиональная научно-практическая конференция врачей Северо-Западного федерального округа России с международным участием «Инновации в ангионейрореабилитологии» (23–24.09.2016, Санкт-Петербург);
- Научно-практическая конференция «Теоретические и прикладные аспекты совершенствования организации и методов реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения» (27–28.10.2016, Новокузнецк);
- Юбилейная всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи» (17–18.05.2018, Санкт-Петербург);
- Научно-практическая конференция «Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие» (14.09.2018, Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации);
- II международная научная конференция «Инновационные технологии реабилитации: наука и практика» (18–19.04.2019, Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации);

– Международный семинар «Предоставление реабилитационных услуг лицам с инвалидностью и пожилым гражданам в Кыргызской Республике и система подготовки специалистов по курсам реабилитологии, геронтологии и гериатрии» (18–20.11.2020, Бишкек);

– III национальный конгресс с международным участием «Реабилитация – XXI век: традиции и инновации» (25–26.11.2020, Санкт-Петербург, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации);

– VI ежегодная межрегиональная научно-практическая конференция «Междисциплинарный альянс. Межведомственное и междисциплинарное взаимодействие при оценке здоровья и жизнедеятельности» (04.06.2021, Санкт-Петербург);

– Научно-практическая конференция «Реабилитационные технологии: наука и практика» (30.09.2021, Москва, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»).

Апробация работы состоялась на заседании проблемной комиссии ФГБУ ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России 31.01.2022.

Публикации

По результатам исследования автором опубликовано 39 работ, в том числе научных статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук – 14; статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus – 5, иные публикации по результатам исследования – 9; публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 7; пособия для врачей медицинских организаций, учреждений медико-социальной экспертизы и специалистов медико-социальной реабилитации – 4.

Объём и структура диссертации

Диссертация включает 316 страниц текста. В работе представлены введение, 6 глав с результатами собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и сокращений, приложения. Список литературы включает в себя 351 источник, из них 145 зарубежных. Диссертация проиллюстрирована 62 таблицами и 16 рисунками.

Положения, выносимые на защиту

1. Высокий реабилитационный потенциал пострадавших на производстве и широкие возможности по рациональному трудоустройству позволяют reintegrировать в экономику более 80 % данного контингента, обеспечить повышение качества трудовых ресурсов и доли занятого в экономике населения.

2. Используемые в настоящее время методические подходы к оценке профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве не обеспечивают высокую воспроизводимость результатов освидетельствования в части установления степени утраты профессиональной трудоспособности.

3. Использование критериев оценки профессиональной трудоспособности, базирующихся на современных требованиях по обеспечению разумного приспособления рабочих мест для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями, позволяет обеспечить более высокую воспроизводимость результатов (единообразие принимаемых решений по аналогичным экспертным случаям) и повышение уровня прозрачности и эффективности предоставляемых гарантий и компенсаций.

4. Наиболее выраженные административные барьеры и ограничения в действующей системе медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве характерны для предоставления услуг по профессиональной реабилитации и обеспечению техническими средствами реабилитации (ТСР).

5. Более эффективная реализация реабилитационного потенциала и восстановление профессионального и социального статуса пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний возможна при реализации проектного подхода к оперативно-координационному

управлению системой медико-социальной реабилитации при изменении способа предоставления технических средств реабилитации и изменении объёмов и механизма финансирования мероприятий по профессиональной реабилитации.

Степень достоверности результатов проведённых исследований

Достоверность научных результатов подтверждена объемом выборки, методами исследования и применяемыми способами статистической обработки данных.

Статистическая обработка данных проведена на персональном компьютере HP AIO 24-e084ur в ОС Windows XP с использованием лицензионного продукта Microsoft Office Excel 2016 (лицензия S/N=TNRJT-MBKV6-3PGDM-DV7YJ-6MT7X).

Благодарности

За свое становление и формирование как исследователя автор благодарит своих учителей: академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора Артамонову Волю Георгиевну и доктора медицинских наук профессора Коробова Михаила Васильевича.

Автор выражает благодарность заведующему кафедрой неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, доктору медицинских наук, профессору Помникову Виктору Григорьевичу за всестороннюю поддержку во время написания диссертационной работы,

За помощь в проведении исследования автор выражает благодарность сотрудникам кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, сотрудникам ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ставропольскому краю»

Минтруда России, ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» Минтруда России.

За большую помощь и практические рекомендации по технологии оформления и презентации результатов научной работы автор выражает сердечную благодарность доктору медицинских наук, профессору Ачкасову Евгению Евгеньевичу.

Особую благодарность автор выражает своим научным консультантам – доктору медицинских наук, доценту Владимировой Оксане Николаевне и доктору медицинских наук, доценту Бондареву Сергею Анатольевичу.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Экономическое значение и основные эпидемиологические тенденции в структуре и распространённости профессиональных заболеваний и производственных травм

Несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания остаются важной проблемой общественного здравоохранения. Согласно литературным данным, ежегодно 374 млн. рабочих получают различные производственные травмы, из них 380 500 рабочих – смертельные [312]. По оценкам Международной организации труда (МОТ), каждые 15 секунд в результате несчастного случая или профессионального заболевания умирает 1 рабочий, а 153 получают менее тяжёлые травмы [255].

По совместной оценке МОТ и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), из всех смертей в промышленно развитых странах около 5–7 % связаны с профессиональными заболеваниями и производственными травмами [276, 287]. Исследования экономических затрат, связанных с профессиональными инцидентами, проведённые в различных странах, показали, что издержки, связанные с необходимостью социального обеспечения пострадавших на производстве в связи со смертью, частичной или полной утратой трудоспособности, а также потерей рабочего времени и медицинскими расходами, лежат в диапазоне от 1,8 % ВВП (США) до 6 % ВВП (Норвегия) [249, 270].

Экономические издержки, связанные с производственными травмами и профессиональными заболеваниями, условно можно разделить на три группы: издержки работодателей, издержки работников и издержки общества в целом. К издержкам работодателей относят статьи затрат, связанные с текучестью кадров, обучением новых и временно заменяющих сотрудников, а также потери производительности труда, расходы на дополнительные страховые взносы и

судебные издержки. К издержкам работников отнесены расходы на лечение и реабилитацию, выходящие за рамки гарантированного страхового обеспечения, и возможные потери будущего заработка. Общество в целом несёт расходы на социальные выплаты, расследование производственных инцидентов. Также потери человеческого капитала в связи со смертельными несчастными случаями рассматриваются как издержки сообщества [246].

Тенденции к снижению уровня профессиональной заболеваемости и производственного травматизма отмечаются в последние десятилетия во всём мире, особенно в экономически развитых странах [222]. На снижение частоты травм в строительной отрасли в США в период с 2007 по 2013 год указывается в отчёте «Центра строительных исследований и обучения» в США [323]. В большинстве европейских стран в период с 2000 по 2012 год отмечено снижение профессиональной аллергии и заболеваний, связанных с физическим напряжением [320]. Начиная с 2005 г., наблюдается отчетливая тенденция к снижению числа профессиональных заболеваний в Финляндии: среднегодовое изменение заболеваемости составило, например, 9,2 % в сельском хозяйстве, 10,3 % на транспорте и 4,7 % в строительстве [330].

На уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости оказывают положительное влияние мероприятия по охране труда, профилактике профессиональных заболеваний и травм, снижение интенсивности трудового процесса. В свою очередь политика, так называемого нулевого травматизма, позволяет повысить качество жизни лиц, занятых в промышленности и сельском хозяйстве [296]. В этой связи интересен опыт Испании, где в середине 1990-х годов была введена отдельная специальность «медицинская сестра по охране труда». В обязанности данного специалиста входит выявление профессиональных рисков, контроль взаимодействия людей с социально-трудовой средой и при необходимости – коррекция этого взаимодействия с целью предотвращения несчастных случаев на производстве, раннего выявления симптомов профессиональных заболеваний и разумного

приспособления рабочих мест. Данная мера позволила существенно повлиять на уровень производственного травматизма [314].

Система охраны труда в США в последние 50 лет базируется на «Законе об охране труда», который подписал ещё Ричард Никсон. В качестве основной задачей декларируется задача по обеспечению безопасных и здоровых условий труда каждому работнику [309]. Учреждённые в соответствии с законом общественные институты и административные процедуры позволили снизить среднегодовое количество несчастных случаев на производстве со смертельным исходом более чем в 3 раза [271].

Важность мероприятий по охране труда и внедрению безопасных технологий подтверждают и данные различных исследований, в которых анализировалась распространённость несчастных случаев на производстве среди работников из числа коренного населения и работников из числа трудовых мигрантов. Условия труда низкоквалифицированных работников из числа трудовых мигрантов существенно хуже, чем у работников из числа коренных жителей, что также сочетается с коммуникативными барьерами и недостаточным обучением основным методам и приёмам производственной безопасности [234, 349]. На этом фоне распространённость производственных травм среди них существенно выше. Так, десятилетнее (с 2004 по 2014 год) панельное исследование застрахованных рабочих в Саудовской Аравии показало, что среди трудовых мигрантов, условия труда которых не соответствовали основным требованиям безопасности, несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания встречались в 14 раз чаще, чем среди выходцев из Саудовской Аравии [332]. Сравнительный анализ распространённости производственных травм и профессиональных заболеваний на малых и крупных предприятиях показывает, что уровень производственных травм и профессиональных заболеваний на малых предприятиях выше, чем национальные показатели. Большинство исследователей связывает это с недостаточным доступом работников малых предприятий к информации и услугам по охране труда [285].

Шведские исследователи считают, что именно недостаток знаний и навыков по безопасному проведению основных производственных операций обуславливает рост производственного травматизма среди молодых рабочих (19–29 лет) [260].

Помимо воздействия на «производственные» факторы риска развития профессиональных заболеваний и возникновения производственных травм, изучаются заболевания и состояния работников, способные повысить риск возникновения производственных инцидентов. В последние годы активно исследуются такие факторы риска, как сахарный диабет, ночное апноэ и другие нарушения сна, гипогликемические состояния, сменный график работы и т.д. [228, 245].

В ряде работ представлены результаты влияния различных процессов, происходящих в экономике, на уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Теоретически рост экономики требует от работников выполнения большей рабочей нагрузки и интенсивности труда, способствует рекрутингу в промышленность низкоквалифицированных рабочих, что и обуславливает рост уровня несчастных случаев на производстве, в том числе со смертельным исходом [277]. Показано, что увеличение валового внутреннего продукта, индекса промышленного производства и снижение уровня безработицы сопровождается увеличением количества несчастных случаев [212, 220, 304, 328]. Повышение уровня безработицы, снижение индекса использования производственных мощностей и увеличение индекса инвестиций в оборудование снижают уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости [263].

Распространённость производственных травм и профессиональных заболеваний по отраслям промышленности, сельского хозяйства и сферы услуг существенно различается.

В промышленности наиболее высокий риск производственных инцидентов отмечается в строительстве [259, 324]. К примеру, в различных штатах США уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в

данных отраслях был от 1,7 до 3 раз выше, чем в целом по стране [257]. В Брунее наибольшая доля случаев производственных травм относится к таким отраслям, как строительство (60 %), горнодобывающая промышленность (14 %), обрабатывающая промышленность (12 %) [279]; в Саудовской Аравии 46,5 % травм приходится на строительную отрасль [208].

Работники сферы услуг в целом менее подвержены профессиональным рискам, однако и в данной сфере выделяют специальности с высокой вероятностью производственных инцидентов. Так, углублённое изучение профессиональной заболеваемости и производственного травматизма в сфере услуг показало, что наиболее высок уровень производственных травм и профессиональных заболеваний среди медицинских и социальных работников с превалированием в возрастной группе 55–64 года. Особенно высок этот риск в таких профессиях, как социальные работники, сотрудники скорой помощи и парамедики [351]. Наибольший уровень производственного травматизма в медико-социальной сфере в США отмечается среди младшего медицинского персонала [281].

Распространенность производственных травм среди занятых в сфере оптовой и розничной торговли, также достаточно велика. По доле зарегистрированных несчастных случаев на производстве со смертельным исходом сфера общественной торговли занимала в США четвертое ранговое место среди всех отраслей промышленности [283]. Высокий риск получения производственных травм исходил от движущихся машин и механизмов, а также был обусловлен противоправными действиями третьих лиц (нападения) [336]. При этом риск производственного травматизма был ассоциирован с возрастом работников и у пожилых возрастал примерно в 2 раза [242, 340].

В сельском хозяйстве отмечается тенденция к переходу от фермерских хозяйств к технологичным сельскохозяйственным предприятиям, что делает его опасной отраслью с множеством профессиональных рисков даже в странах с развитой экономикой [305]. Так, в 2017 году у 1,3 % итальянских сельскохозяйственных рабочих были впервые диагностированы

профессиональные заболевания, при этом за 14-летний период ежегодная заболеваемость профессиональной патологией продемонстрировала тенденцию к увеличению [331].

Сельскохозяйственные работники подвергаются воздействию разнообразных вредных и опасных производственных факторов, к которым относят: сельскохозяйственные машины и механизмы, транспортные средства, сельскохозяйственных животных, контакт с которыми может приводить к развитию производственных травм [216]. Большая доля ручного и тяжёлого физического труда является отдельным фактором риска производственного травматизма в сельском хозяйстве [294].

В качестве триггера профессиональных заболеваний у сельскохозяйственных рабочих рассматриваются физические, химические и, особенно, биологические факторы, в том числе возбудители инфекционных заболеваний [313].

Среди инфекционных агентов, в наибольшей степени ассоциированных с профессией, исследователи особо отмечают возбудителя бруцеллёза, что неудивительно, поскольку в глобальном масштабе бруцеллёз является одним из 20 состояний с самым высоким рейтингом влияния на здоровье людей с низкими доходами [302]. Среди сельскохозяйственных рабочих бруцеллёз наиболее распространён у лиц, контактирующих с крупным и мелким рогатым скотом, а также мясом этих животных [215]. Полевые рабочие (пастухи, фермеры), ветеринары, работники скотобоев и лабораторные работники являются профессиями высокого риска по заболеваемости бруцеллёзом. Ситуация усугубляется низким образовательным уровнем работников сельского хозяйства, недостатком информации о путях передачи бруцеллеза и методах защиты от инфицирования, а также пренебрежением правилами техники безопасности [264]. Наиболее опасным инфекционным агентом с точки зрения причинения вреда здоровью заразившихся является *brucella melitensis*. Вызываемые ею формы бруцеллёза характеризуются длительным латентным течением с исходом в

тяжёлые мультисистемные поражения с нарушением функций нервной системы и опорно-двигательного аппарата [282].

Таким образом, профессиональные заболевания и производственные травмы, несмотря на общую тенденцию к снижению распространённости в популяции, продолжают оставаться серьёзной экономической проблемой для общества, требующей совершенствования подходов к профилактике, лечению, медико-социальной экспертизе и реабилитации пострадавших.

1.2 Мировой опыт экспертизы трудоспособности для оценки ущерба здоровью пострадавших на производстве в процессе восстановления их профессиональной трудоспособности

В мировой практике на сегодняшний день можно выделить три основных подхода к проведению экспертизы утраты трудоспособности и возмещению причинённого здоровью вреда: ценностный подход, страховой подход и эмпирический подход [94, 229].

Ценностный подход наиболее полно представлен в таких странах как Испания и Бельгия, менее полно в Израиле, Германия и Австрии. Ценностный подход нацелен на наиболее объективную денежную «оценку» утраченной способности к трудовой или иной оплачиваемой деятельности. На основании установленной степени снижения трудоспособности и производится возмещение вреда здоровью. Фактический размер упущенной выгоды (потери в заработке) не принимается во внимание. При этом именно средний заработок до травмы или профессионального заболевания является базой для расчёта размера компенсационных выплат [49, 102, 248, 266, 273, 293].

Ценностный подход, например в Испании, реализуется с использованием так называемой ступенчатой схемы, которая предполагает установление условной денежной компенсации за один процент утраченной трудоспособности в зависимости от возраста пострадавшего. Оценка степени стойкого нарушения функции организма осуществляется специальной комиссией. Каждому диапазону

возраста и степени стойких нарушений способности к трудовой деятельности соответствует определённая ступень. При определении конкретного размера выплат учитывается доход по последнему месту работы, применяются корректирующие коэффициенты, позволяющие увеличить полученную сумму не более чем на 30 % при наличии противопоказаний к трудовой деятельности или потребности в постороннем уходе. Указанная выплата, в соответствии с требованиями испанского законодательства, включает в себя и причиненный моральный вред [219].

В Бельгии моральный вред возмещается отдельно, поэтому в целях определения его размера используются специальные таблицы-индикаторы. Размер возмещения утраченного заработка (дохода) определяется путём умножения фактического дохода пострадавшего до травмы на производстве или профессионального заболевания на степень утраты трудоспособности, установленную экспертом. Возмещение вреда здоровью в Бельгии базируется на детальном анализе не только утраченных способностей, но и возможностей организма, в том числе нереализованных. Так, помимо утраты трудоспособности в привычном смысле, национальные таблицы-индикаторы позволяют компенсировать моральный вред, «экономическую ценность домашней работы» и т.д. [225].

В Германии действует процентная система определения степени утраты трудоспособности по специальным таблицам, где каждому увечью или дефекту соответствует определенный процент утраты трудоспособности. Большую роль в проведении экспертизы играют страховые общества [84]. Экспертиза утраты трудоспособности представляет собой трёхэтапный процесс, в котором принимают участие лечащий врач, составляющий первичное заключение, уполномоченный врач страхового общества, оценивающий остаточный трудовой потенциал пострадавшего, и «утверждающий» врач, который верифицирует оценку, при необходимости внося в неё коррективы [269]. Определение степени утраты трудоспособности базируется на сравнительной оценке: трудоспособность пострадавшего на производстве до и после несчастного случая или

профессионального заболевания (утрата функциональности). Трудоспособность (способность к извлечению дохода) до наступления события, причиняющего ущерб, принимается за 100 % [237]. В отличие от российской модели экспертизы, в Германии применяется так называемый принцип «абстрактного» возмещения ущерба, при котором трудоспособность рассматривается под углом зрения рынка труда в целом [341]. Не имеют значения фактическая трудовая деятельность, фактическое уменьшение заработка, потеря рабочего места, конкретные ограничения профессиональной деятельности [224]. Сходные последствия несчастного случая влекут за собой установление одинаковой степени утраты трудоспособности, независимо от их влияния на конкретно осуществляемую трудовую деятельность [98]. В ходе проведения экспертизы последовательно должны быть даны ответы на следующие вопросы:

1. Какие виды ограничения функций (физические, умственные, душевные) вызвал страховой случай?

2. В какой мере установленные ограничения препятствуют пострадавшим осуществлять трудовую деятельность, то есть, в каком объеме остаточная трудоспособность соответствует требованиям, которые предъявляются всей трудовой жизнью?

3. Какую процентную долю от всей трудовой жизни составляют те виды деятельности застрахованного, которые он уже не может осуществлять в связи с ограничением функций?

Оценка последствий несчастных случаев и профессиональных заболеваний проводится путем привлечения сравнительных величин из литературы, по экспертным заключениям и опубликованным таблицам показателей степени утраты трудоспособности. Согласно правилам, степень утраты трудоспособности (способности к извлечению дохода) определяется в процентных величинах, делимых на число 5. Минимальная величина степени утраты трудоспособности равняется 10 %. Показатель степени утраты трудоспособности меньше 10 % приводится в виде «меньше 10 %», либо – «не подлежит измерению» [325].

При наличии нескольких несчастных случаев на производстве каждый из них рассматривается по отдельности. Для каждого несчастного случая составляется отдельное пенсионное заключение и проводится оценка степени утраты трудоспособности (способности к извлечению дохода).

Если же речь идёт об обусловленных одним несчастным случаем ограничениях функциональности в связи с повреждениями разных органов или частей тела, то они оцениваются при помощи совокупной величины степени утраты трудоспособности (интегративное совокупное рассмотрение отдельных повреждений).

В процессе определения совокупной величины степени утраты трудоспособности отдельные величины степени утраты трудоспособности не суммируются, а проводится интегральная совокупная оценка нарушений функций организма. Одно и то же ограничение функциональности, оцененное в рамках разных медицинских специальностей, включается в совокупную величину степени утраты трудоспособности только один раз. Ограничения функциональности, усиливающие друг друга, могут привести к более высокой совокупной величине степени утраты трудоспособности. Самая большая отдельная величина степени утраты трудоспособности принимается в качестве основы, а следующие по рангу величины затем оцениваются с точки зрения их влияния на совокупную величину степени утраты трудоспособности [315].

Что касается степени утраты трудоспособности вследствие профессионального заболевания, то здесь действуют те же принципы, что и в случае несчастных случаев на производстве [280]. Применительно к определенным профессиональным заболеваниям имеются рекомендации по составлению экспертных заключений, которые содержат инструкции по определению степени утраты трудоспособности, как для экспертов, так и для отраслевых товариществ страхования [342].

Право на компенсацию в государстве Израиль имеет застрахованное лицо, страдающее от профессионального повреждения (несчастного случая или заболевания). Право на денежную помощь, в связи с этим повреждением имеет

застрахованное лицо, ставшее инвалидом в результате профессионального повреждения, в виде пенсии или безвозвратной ссуды. Застрахованный человек с утратой трудоспособности в 10 % или выше имеет право на профессионально-техническую реабилитацию.

Ущерб в результате повреждения оценивается путем сравнения пригодности к работе человека, получившего повреждение на работе, с рабочей пригодностью здорового человека того же возраста и пола. Тесты, определяющие степень нетрудоспособности, представляют собой комбинацию фиксированных процентных величин для каждого из повреждений, принимающие во внимание субъективные соображения; потеря определенного органа может иметь больший вес для некоторых профессий. Степень нетрудоспособности определяется медицинскими комиссиями [221].

В Белоруссии процент утраты профессиональной трудоспособности определяется специалистами медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК) при заболеваниях и травмах в результате несчастных случаев на производстве и при профессиональных заболеваниях, при определении инвалидности в случаях связи заболеваний с аварией на Чернобыльской АЭС, а также по определению суда [170]. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в процентах на момент освидетельствования потерпевшего, исходя из оценки способности осуществлять профессиональную деятельность [104].

Одновременно с установлением степени УПТ МРЭК, при наличии оснований, устанавливает инвалидность, нуждаемость потерпевшего в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. В случае полной утраты профессиональной трудоспособности устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 91 до 100 % (как правило, в этих случаях определяется 1-я группа инвалидности).

Если вследствие выраженного нарушения функций организма пациент может выполнять работу лишь в специально созданных условиях,

устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 61 до 90 %.

Если пациент может в обычных производственных условиях продолжать профессиональную деятельность с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 25 до 60 % (как правило, в этих случаях определяется 3-я группа инвалидности).

Если же пациент может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо при изменении условий труда, влекущих снижение заработка, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 24 % [171].

Страховой (статистический) подход, наиболее характерный для Великобритании и ряда северных стран [286], позволяет помимо утраты трудоспособности учесть статистические данные, отражающие риски смертности и занятости, средний доход соответствующей социальной группы и ряд других факторов [83].

Основным документом, используемым в целях проведения экспертизы, являются таблицы Огдена, применяемые в Великобритании с 1984 года. В настоящее время действует восьмое издание таблиц, подготовленное в 2021 году рабочей группой, в состав которой входили страховщики, экономисты и специалисты по трудовому праву [288]. Таблицы Огдена позволяют рассчитать не только будущие денежные потери, обусловленные причинением вреда здоровью пострадавшего (в том числе и на производстве), но и расходы на проведение реабилитационных мероприятий, оказание социальных услуг и предоставление медицинской помощи [209].

Использование Огденских таблиц позволяет рассчитать размер единовременной компенсации пострадавшему с учётом продолжительности предполагаемого периода его трудовой активности до достижения пенсионного

возраста. Размер компенсации определяется как произведение утраченного годового дохода на количество лет, оставшихся до выхода на пенсию, откорректированное с помощью ряда поправочных коэффициентов, учитывающих возможность преждевременной смерти, невостребованность на рынке труда и т.д. Из рассчитанной суммы вычитается общая сумма предполагаемого заработка пострадавшего за период трудовой деятельности до достижения пенсионного возраста с учётом существующих рисков и возможностей [244]. В Великобритании размер компенсации пострадавшим на производстве устанавливается в суде, и его определение не является затруднительным с учётом действующего принципа «прецедентного права» и наличия сведений о примерных размерах дохода представителей различных профессий и социальных групп [329]. Основанные на методологии страховых компаний, Огденские таблицы сегодня претендуют на признание особой универсальной роли в стоимостной оценке вреда, причинённого последствиями телесных повреждений здоровью человека, в том числе при рассмотрении дел в Европейском суде по правам человека, в том числе в ряде дел из России [85].

Эмпирический подход, который наиболее полно используется в Норвегии и частично в США, ориентирован, в первую очередь, на установление разницы в уровне доходов до и после несчастного случая [275]. При использовании эмпирического метода экспертная оценка ограничений способности к трудовой деятельности, степени снижения общей или профессиональной трудоспособности, по сути, сводится к минимуму [303]. Учитываются только упущенная выгода, связанная с причиненным вредом здоровью [345]. Что касается проведения медико-социальной экспертизы и признания гражданина инвалидом, то для этого в США достаточно лишь заключения врача о том, что имеющаяся у больного неспособность выполнять полноценную деятельность из-за любого физического или умственного расстройства будет продолжаться не менее 12 месяцев. Для оценки степени вреда, нанесенного здоровью вследствие производственной травмы или профессионального заболевания, используется рейтинг стойкой нетрудоспособности (Permanent disability rating, permanent

impairment rating) [293]. Данный рейтинг представляет собой оценку степени тяжести стойкой нетрудоспособности и используется для расчёта суммы денежной компенсации. Стойкая нетрудоспособность устанавливается в том случае, если травма или заболевание привели к стойкому ухудшению физического или психического здоровья, вне зависимости от того, насколько такое ухудшение минимально. В некоторых штатах при низкой степени стойкой нетрудоспособности денежная компенсация не выплачивается [210, 217, 261, 278, 321, 322, 339, 344].

В том случае, если заболевание достигло неизлечимой стадии, при которой на текущий момент для улучшения состояния больного не может быть применено какое-либо лечение, врач может выписать заключение о стойкой нетрудоспособности. Данная стадия в законодательстве различных штатов обычно определяется термином «максимальное медицинское подтверждение».

Лечащий врач или же врач, который занимается освидетельствованием работников, подавших на денежную компенсацию, проводит оценку состояния здоровья больного путем медицинского осмотра и определяет степень стойкого ухудшения здоровья. При этом лечащий врач может отказаться устанавливать степень ухудшения здоровья и вместо этого направить больного к независимому медицинскому эксперту, который обладает опытом в данной сфере.

Кроме того, во многих штатах работодатель (или страховая компания) могут потребовать провести независимую медицинскую экспертизу с целью оценки нетрудоспособности.

Вне зависимости от того, какой врач будет проводить оценку стойкой нетрудоспособности, он должен будет осуществить ряд неинвазивных исследований для определения степени ухудшения здоровья. На основании результатов исследований и общего медицинского осмотра и/или психодиагностического исследования, а также принятых на уровне штата инструкций врач должен определить степень стойкой нетрудоспособности, которая может выражаться в процентах (например, при стойком нарушении

функций правого плеча степень нетрудоспособности составит 5 %). В ряде штатов определяется уровень или категория нетрудоспособности.

Каждому органу присваивается отдельный рейтинг в зависимости от степени повреждения. В некоторых штатах рейтинги по отдельным органам суммируются, и определяется общий уровень ухудшения здоровья – так называемый совокупный рейтинг ухудшения здоровья, который исчисляется в процентах (от 0 до 100) в зависимости от уровня стойкой нетрудоспособности и сокращения способности к трудовой деятельности в будущем.

В большинстве штатов оценка нетрудоспособности осуществляется на основании «Инструкции по оценке стойкой нетрудоспособности», составленной Американской медицинской ассоциацией [308]. Разные штаты могут использовать разные издания данной «Инструкции» (например, 3-е, 4-е или 5-е). При этом критерии определения уровня нетрудоспособности в разных изданиях имеют некоторые отличия [83].

В ряде штатов разработаны свои нормативные акты, схожие с «Инструкцией по оценке стойкой нетрудоспособности» [274, 334].

Возмещение расходов на медицинскую помощь и реабилитацию в США, как правило, осуществляется в системе медицинского страхования и социального обслуживания, поэтому данные расходы не учитываются при определении размеров компенсации. Эмпирический подход, по мнению автора, является наименее страховым, поскольку принятие решения в суде в любом случае содержит существенную эмпирическую составляющую. К рассмотрению исков о возмещении вреда здоровью в результате несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний могут привлекаться судебные экономисты, которые оценивают не только перспективы дальнейшего трудоустройства для конкретного потерпевшего, но и перспективы восстановления утраченной трудоспособности в результате применения современных технических средств реабилитации и протезно-ортопедических изделий (ПОИ), при использовании которых потери в заработной плате могут быть полностью нивелированы.

Таким образом, в большинстве зарубежных стран установление размера ущерба, причинённого здоровью в результате производственных инцидентов, базируется на определении степени утраты общей трудоспособности. Основные различия можно выделить в подходах к оценке «социальной» составляющей (профессия и уровень квалификации на момент регистрации несчастного случая или профессионального заболевания, возраст, моральный вред, экономическая ценность домашней работы и т.д.), которая в ряде случаев влияет на итоговый процент утраты, а в ряде случаев оценивается отдельно при установлении каких-либо дополнительных выплат. Система экспертной оценки и принципы возмещения вреда имеют выраженную «трудовую направленность» и стимулируют пострадавших на производстве к возобновлению профессиональной карьеры.

1.3 Основные направления совершенствования профессиональной реабилитации и системы страхового обеспечения в целях возвращения пострадавших на производстве к трудовой деятельности: международный опыт

Большинство промышленно развитых стран имеют систему компенсаций вреда, причиненного здоровью пострадавших на производстве, и многоуровневую систему реабилитации, обеспечивающую поддержку и восстановление после производственных травм и профессиональных заболеваний, а также последующее возвращение к работе [298]. Административные системы и политика социального страхования, оказывающие существенное влияние на качество и эффективность финансовой поддержки и реабилитационных мероприятий, по мнению ряда авторов, нуждаются в совершенствовании. Требуется упрощения процесс сообщения о травмах и управления претензиями [272], а также процесс взаимодействия со страховыми институтами в процессе компенсации вреда здоровью [316]. Негативные взаимодействия с представителями страховщиков могут обуславливать не только возникновение психотравмирующих ситуаций, но

и затруднять сам процесс возвращения к трудовой деятельности [258]. Показано, что задержки с рассмотрением и удовлетворением требований о компенсации вреда здоровью являлись независимым фактором риска для увеличения продолжительности временной нетрудоспособности при производственных травмах [213]. Кроме того, в ряде стран с низким уровнем жизни несовершенство системы страхования от профессиональных рисков приводит к потере пострадавшими на производстве официальной работы, их нелегальной занятости и существенному снижению доходов [232]. Анализ мнения пострадавших на производстве о восприятии процедур, используемых при принятии решений по компенсации и реабилитации, показал, что в качестве положительных характеристик оцениваются такие как: беспристрастность, точность, последовательность, учёт мнения пострадавшего в процессе принятия решений [256].

Анализ сроков возвращения к работе пострадавших на производстве с положительным и отрицательным решением по вопросу выплаты компенсации вреда здоровью показал, что у лиц, получивших положительные решения о выплате компенсации, срок возвращения к работе были длительнее [310]. Поэтому зарубежными исследователями активно изучается круг вопросов, связанных с повышением эффективности реабилитации пострадавших с различными нозологическими формами производственных травм и профессиональных заболеваний.

В качестве основных предикторов успешного возврата к трудовой деятельности определены такие факторы, как пол, возраст [265, 306], наличие психологической готовности к возобновлению трудовой деятельности [236, 262], ранние сроки начала реабилитационных мероприятий [346], стабильная занятость до получения травмы [290], высокий уровень образования и оплаты труда до травмы [268]. К отрицательным предикторам авторы относят выраженные психологические нарушения в первый год после производственной травмы, длительную временную нетрудоспособность и тяжесть травмы [301, 337, 347], а также внешнее обезображивание [267]. Большое внимание уделяется вопросам

профессиональной переподготовки пострадавших на производстве, при этом отмечается, что для повышения эффективности данного вида возмещения вреда необходимо не только проводить полноценные мероприятия по профессиональной ориентации, но и контролировать процесс последующего трудоустройства [338]. По окончании профессиональной переподготовки рекомендуется проведение профессиональной сертификации (тестирование с аттестацией) реабилитантов с целью устранения опасений потенциальных работодателей, связанных с возможностью выполнения полного объёма трудовых функций пострадавшими на производстве [214].

Оценка коэффициента возврата к работе показала его зависимость от тяжести и локализации повреждений. При сопоставимой тяжести повреждений шансы возвращения к работе у пострадавших с повреждениями позвоночника, нижних конечностей и глаз были достоверно ниже, чем при повреждении верхних конечностей [287]. В то же время при высоком качестве реабилитационных программ, направленных на возвращение к трудовой деятельности достоверных различий коэффициентов возврата к работе в зависимости от локализации поражения выявлено не было [289, 343].

Анализ зарубежного опыта показывает, что в большинстве стран Евросоюза, в частности в Германии, модель социального страхования от несчастных случаев на производстве, которую пытается перенять Россия, роль страхователя (Фонда социального страхования) и причинителя вреда (работодателя, с работником которого произошёл несчастный случай на производстве или у которого развилось профессиональное заболевание) в профессиональной реабилитации достаточно высока [253]. За пострадавшим на производстве сохраняется рабочее место, причинитель вреда, по рекомендации страхователя, реализует необходимый комплекс мер по профессиональной реабилитации и производственной адаптации, при необходимости финансирует создание специального рабочего места, обеспечивает его разумное приспособление, что позволяет восстановить трудоспособность и профессиональный статус более чем у 80 % пострадавших [218, 307]. При этом

отмечается, что при применении всего комплекса мероприятий по профессиональной реабилитации возвращение к трудовой деятельности может быть достигнуто вне зависимости от тяжести нарушений структур и функций [235, 265], при этом особое значение имеет именно поддержка со стороны работодателя в процессе возвращения к работе [238].

Анализ опыта таких стран, как Германия, Дания, Финляндия, Австрия, Нидерланды, Норвегия и Швеция, которые выделяются как страны с разумным и зрелым процессом профессиональной реабилитации [299], показал, что в большинстве государств применяются следующие технологии: разработка плана профессиональной реабилитации с четкими и определёнными сроками совместно с работником; наличие единого координатора процесса, организующего межведомственное взаимодействие; раннее начало процесса профессиональной реабилитации; индивидуальный подход к работникам (кейс-менеджмент); психологическая поддержка работников, связанная с мультидисциплинарным подходом; возможность корректировок при создании специальных рабочих мест и обеспечении разумного приспособления; проведение профессиональной ориентации и профессионального обучения; обеспечение возможности трудоустройства на условиях сокращённого рабочего дня [292].

Основные прогрессивные тенденции в сфере профессиональной реабилитации пострадавших на производстве в мире связаны с совершенствованием индивидуальных программ профессиональной реабилитации и подходов к каждому случаю возвращения к трудовой деятельности. В качестве мер, помогающих совершенствовать программы возвращения к трудовой деятельности, предлагается использовать:

- систематический анализ удовлетворённости работников содержанием и реализацией индивидуальных программ профессиональной реабилитации, особенно в части профессиональной переподготовки в целях их последующего совершенствования [327, 211];

- совершенствование межведомственного взаимодействия (медицинские работники, специалисты по реабилитации, работодатели) под общим управлением

страхового менеджера, поддержка работников в процессе программ профессиональной реабилитации и возвращения к трудовой деятельности [291, 316, 320, 348];

– экономическая и имиджевая поддержка работодателей, активно участвующих в процессе возвращения к трудовой деятельности собственных работников и сохраняющих за пострадавшими на производстве рабочие места [300, 317];

– проведение реабилитационных мероприятий в дистанционном формате. При этом отмечается, что несмотря на то, что дистанционное оказание помощи позволяет снизить расходы государственной системы страхования [241], эффективность дистанционной реабилитации несколько ниже, чем очной, особенно при тяжёлых и сложных случаях [207].

На необходимость использования МКФ как для кодирования нарушений структур и функций, так и для проведения этапной и заключительной оценки эффективности реабилитационных мероприятий, указывается в целом ряде работ [226, 254, 335].

Понимание демографических изменений, которые произойдут в ближайшие годы, а также проблем и возможностей для достижения устойчивого развития, обуславливает рост внимания правительств развитых стран к проблемам производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, поскольку работа считается важным средством удовлетворения основных потребностей людей. Кроме того, наличие оплачиваемой работы чрезвычайно важно для их финансового, психологического и эмоционального благополучия помимо того, что имеет решающее значение для развития самооценки, социального статуса, чувства личной значимости, независимости, свободы и безопасности. Помимо этого, раннее прекращение трудовой деятельности в связи травмами на производстве и профессиональными заболеваниями ложится тяжелым бременем на общество, которое усугубляется проблемами старения рабочей силы.

Первостепенное значение в странах с высоким уровнем развития экономики имеют действия, направленные на профилактику заболеваний на рабочем месте и

за его пределами посредством мероприятий по охране труда и технике безопасности и общественного здравоохранения, соответственно. При утрате трудоспособности в результате профессионального заболевания или несчастного случая на производстве, помимо компенсационных выплат, принимаются всеобъемлющие меры, направленные на реабилитацию и возвращение к работе. Подобный подход актуален в современном политическом контексте, когда особое внимание уделяется поддержанию устойчивости систем социального обеспечения и снижению экономических последствий возникновения временной и стойкой нетрудоспособности, которые приводят к инвалидности и досрочному прекращению трудовой деятельности.

Среди основных облегчающих стратегий возвращения к трудовой деятельности можно выделить ранние эргономические вмешательства, индивидуальный подход к каждому случаю нетрудоспособности в результате производственных травм и профессиональных заболеваний, системную координацию межведомственного взаимодействия, а также активную политику на рынке труда, ориентированную на содействие занятости и привлечение работодателей к реабилитационным мероприятиям.

1.4 Современное состояние социального страхования и медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве в Российской Федерации

Несчастные случаи на производстве (производственный травматизм) и профессиональные заболевания, приводящие к стойкой УПТ и необходимости возмещения ущерба, являются важным показателем состояния здоровья и качества жизни трудоспособного населения Российской Федерации [198, 199].

Как и во всём мире, в Российской Федерации социальные и экономические издержки травматизма и инвалидности на рабочем месте оказывают негативное влияние на работников, работодателей и общество [5, 121, 122, 231]. Следовательно, предотвращение несчастных случаев на производстве и снижение

числа профессиональных заболеваний, равно как и использование реабилитационного потенциала и остаточной трудоспособности пострадавших на производстве, продолжает оставаться актуальной задачей [86, 101, 164].

По данным Н.Ф. Измерова, в 2013 году в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, работал каждый третий из 71,4 млн человек, занятых на производстве. Особенно много «вредных и опасных» рабочих мест было в горнодобывающей промышленности, в строительстве и на транспорте. С 2007 по 2013 год доля таких рабочих мест возросла с 24,9 до 32,2 % [67].

Структура и уровень профессиональной заболеваемости существенно различается по федеральным округам и субъектам Российской Федерации и зависит от специализации промышленного производства. Так, Сибирский и Центральный федеральные округа являются лидерами по числу профзаболеваний, связанных с воздействием биологического фактора, Уральский округ – по числу заболеваний, связанных с воздействием промышленных аэрозолей [97], а наибольший уровень профессиональной заболеваемости отмечается в Кемеровской области, Республике Коми и Республике Хакасия, Чукотском автономном округе и Мурманской области [127]. В структуре профессиональной патологии устойчивая тенденция к росту отмечается среди заболеваний от воздействия физических факторов и физических нагрузок, тенденцию к уменьшению демонстрируют заболевания от воздействия химических и биологических факторов [126]. Среди отраслей промышленности уровень общего производственного травматизма превышает среднероссийские показатели не только в строительстве, обрабатывающей и горнодобывающей промышленности, но и в сельском хозяйстве [41]. В структуре производственных травм преобладают травмы опорно-двигательного аппарата, головы, термические ожоги и отморожения [8]. Лидерами рейтинга причин, приводящих к несчастным случаям на производстве, являются: воздействие движущихся предметов, деталей и механизмов; падение с высоты; падение, обрушение, обвалы предметов и материалов; дорожно-транспортные происшествия [34].

Проведение комплекса мероприятий по охране труда и снижению производственных рисков, в первую очередь, направлено на предотвращение несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Система охраны труда и производственной безопасности в Российской Федерации постоянно совершенствуется не только с организационной, но и с финансовой точки зрения [11, 22, 25].

Расходы работодателей на различные мероприятия по охране труда за последние два десятилетия существенно выросли [2]. Улучшение условий труда и своевременное проведение профилактических мероприятий не могли не повлиять положительно на показатели производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, которые демонстрируют устойчивую тенденцию к уменьшению числа случаев уже около 20 лет [1, 34, 46, 58, 76, 110, 178, 186].

В то же время ряд авторов [157, 187], ссылаясь на «Методику МОТ по оценке достоверности статистики несчастных случаев на производстве в странах с несовершенным учётом» [249], указывают на возможность сокрытия работодателями большого числа несчастных случаев на производстве. По их оценкам, истинное количество несчастных случаев может превышать число зарегистрированных событий в 10–60 раз [184]. По данным Чурановой А.Н. [200], в период с 1990 по 2007 год наблюдалась существенная разница в темпах снижения общего производственного травматизма и травматизма со смертельным исходом. Так, на фоне снижения показателя общего производственного травматизма в 3,1 раза показатель травматизма со смертельным исходом снизился всего в 1,5 раза, что позволило автору сделать заключение о снижении достоверности статистического учета производственного травматизма в России за указанный период.

Экспертами МОТ, проводившими анализ статистики несчастных случаев на производстве в странах Содружества Независимых Государств (СНГ) и Грузии в 2010 году, отмечается, что число зарегистрированных несчастных случаев на производстве со смертельным исходом может отличаться от экспертных оценок,

базирующихся на опыте развитых стран, на 50 %. При этом среди других стран СНГ и Грузии ситуация со статистическим учётом производственных инцидентов в России наиболее благоприятная. В качестве возможных причин расхождения статистических данных о производственном травматизме эксперты МОТ указывают не только на желание работодателей скрыть факты несчастных случаев ввиду сложной процедуры регистрации и отчетности, но и на возможное ущемление прав работников на возмещение вреда и социальную защиту при трудоустройстве [179].

Модель системы социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, создаваемая в Российской Федерации с 1998 года, наиболее близка к так называемой модели Бисмарка, реализуемой в Германии с конца XIX века, хотя имеет свои особенности.

В российском законодательстве закреплено, что вред, причиненный пострадавшим на производстве, подлежит возмещению на началах социального страхования (определены порядок и условия уплаты страховых взносов, а также субъекты страхования – страхователь, страховщик и застрахованный) [23]. Важно отметить, что гарантированность права застрахованных на обеспечение по страхованию является одним из принципов, заложенных в основу данного вида страхования [11]. При этом роль страхователя (работодателя) сведена исключительно к выплате страховых взносов и регистрации несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

В то же время в большинстве стран Евросоюза, в частности в Германии, роли страхователя (фонда социального страхования) и причинителя вреда (работодателя, с работником которого произошёл несчастный случай на производстве или у которого развилось профессиональное заболевание) в профессиональной реабилитации достаточно значимы [82]. За пострадавшим на производстве сохраняется рабочее место, причинитель вреда, по рекомендации страховщика, реализует необходимый комплекс мер по профессиональной реабилитации, при необходимости финансирует создание специального рабочего места, проводит мероприятия по производственной адаптации, созданию

специальных рабочих мест и сопровождаемому трудоустройству, которые играют важнейшую роль в процессе восстановления профессионального статуса [33, 70, 154, 174]. Именно проведение этих мероприятий является одним из наиболее эффективных инструментов возвращения к трудовой деятельности, оплачиваемой занятости, способствующих наиболее полной интеграции пострадавших на производстве в общество и реализацию их внутреннего потенциала [35, 77, 119, 143].

Также ряд авторов отмечает несовершенство действующего законодательства в части обеспечения возможности оплаты мероприятий по психологической реабилитации пострадавших на производстве, созданию специальных рабочих мест, производственной адаптации и сопровождаемому трудоустройству [3, 113, 123].

Помимо этого, в существующей системе оплаты расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией лиц, пострадавших на производстве, в том числе инвалидов, отмечается значительное число барьеров:

- механизм реализации прав указанной категории лиц зачастую сложнее, нежели требуется, и окружен целым рядом бюрократических условностей и трудностей;

- нормативными документами не предусмотрена возможность оплаты лечения пострадавших на производстве в результате несчастных случаев, не признанных тяжёлыми, что не только противоречит основополагающим принципам социального страхования, но и приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья пострадавших, поскольку многие из них впоследствии признаются инвалидами и им устанавливается та или иная степень утраты трудоспособности с последующим обеспечением по страхованию;

- оказание услуг по профессиональному обучению (дополнительному образованию) пострадавших не сопровождается предоставлением услуг по профессиональной адаптации и созданию подходящих условий на рабочих местах, в том числе созданию специальных рабочих мест [5, 59, 96, 156].

Низкий уровень эффективности реабилитационных мероприятий, особенно мероприятий по профессиональной реабилитации, требует изменения подходов к организации реабилитационного процесса и механизмов его финансирования [66].

Первые попытки по изменению подходов к реабилитации пострадавших на производстве были начаты в 2015 году, когда Фондом социального страхования была сформулирована Концепция совершенствования системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний [112]. В соответствии с ней, основной процесс реабилитации указанных граждан предполагается модернизировать.

Он будет состоять из следующих подпроцессов:

– *стационарная помощь* – комплекс неотложных медицинских мероприятий в отделениях реанимации и интенсивной терапии, включая высокотехнологичные виды медицинской помощи, по профилю заболевания с целью сохранения жизни пострадавшего, стабилизации состояния, ликвидации или предупреждения осложнений, а также проведения ранних восстановительных мероприятий;

– *подпроцесс «ранней» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, включающий в себя реабилитационные мероприятия медицинского, социального и профессионального характера, при необходимости – лекарственное обеспечение, протезирование, обеспечение техническими средствами реабилитации в соответствии с планом-графиком реабилитации;

– *подпроцесс «поздней» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, в период остаточных явлений течения заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), включающий комплексные реабилитационные мероприятия, при необходимости – лекарственное обеспечение, протезирование, обеспечение техническими средствами реабилитации, меры социально-

профессиональной адаптации в соответствии с программой реабилитации пострадавшего;

– *амбулаторно-поликлинический подпроцесс* – контроль за состоянием здоровья пострадавшего, использование комплекса восстановительных процедур для закрепления эффекта, достигнутого на предыдущих этапах, психологическая реабилитация и адаптация, оказание консультаций по вопросам возобновления профессиональной деятельности, обучения (переобучения), трудоустройства;

– *подпроцесс «пассивной» реабилитации* для всех лиц, пострадавших на производстве, при отсутствии перспективы восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), включающий оздоровительные реабилитационные мероприятия, а также предоставление лекарственных средств, медицинских изделий и ТСР, необходимых для профилактики ухудшения общего состояния и нарастания ограничений жизнедеятельности [168].

Изменение механизмов финансирования и расширение перечня финансируемых из средств социального страхования мероприятий по профессиональной реабилитации Концепцией не предусмотрено.

Последние 2 года свои коррективы в частную и общественную жизнь внесла пандемия новой коронавирусной инфекции, которая, в том числе, стала значимой угрозой профессиональному здоровью. Это связано с тем, что медицинские работники имеют высокие риски заражения новой коронавирусной инфекцией при исполнении должностных обязанностей. Реализация данных рисков может негативно сказываться на состоянии их здоровья и обусловить необходимость социальной защиты медицинского персонала при развитии острых профессиональных заболеваний.

Всемирная организация здравоохранения 30 января 2020 г. объявила вспышку коронавирусной инфекции (COVID-2019) чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, COVID-19 («Coronavirus disease 2019») [40]. Уже 31 января 2020 г. «Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»,

утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации № 715, был дополнен коронавирусной инфекцией [136]. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.05.2020 № 1272-р был утверждён исчерпывающий перечень заболеваний (синдромов) или осложнений, вызванных подтверждённой лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), который по своей сути является перечнем возможных форм острого профессионального заболевания, обусловленных инфицированием [148].

ВОЗ констатирует, что медицинские работники находятся на переднем крае реагирования на вспышку COVID-19 и подвергаются высокому риску заражения [38]. По данным из Италии, Испании и Китая, в период текущей пандемии от 4 до 12 % подтверждённых случаев заболевания составляют медицинские работники [106]. Во многих регионах России очагами распространения инфекции стали медицинские учреждения, в которых большое количество медицинских работников было заражено на рабочих местах. Так, по данным Минздрава, медики составляют около 2 % от общего числа выявленных случаев коронавируса в России [30].

Если причиной заражения COVID-19 стал вредный производственный фактор, то в случае развития острого или хронического заболевания, повлекшего за собой временную или стойкую УПТ, правомерно будет рассматривать вопрос о связи заболевания с профессией [193].

Меры дополнительной финансовой поддержки и компенсаций для работников здравоохранения, участвующих в борьбе с COVID-19, внедрены в 13 странах [106].

Гарантии и компенсации медицинским работникам при возникновении профессиональных инфекционных заболеваний обеспечиваются по общим правилам, вытекающим из основных положений Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Дополнительно к гарантиям, предоставляемым за счёт средств социального страхования, принято решение о введении обязательного государственного страхования медицинских

работников, пострадавших в результате профессионального контакта с коронавирусом [189]. Для расследования «лёгких», не сопровождающихся стойкой утратой трудоспособности, страховых случаев Правительством Российской Федерации утверждено временное положение, которое предполагает максимально упрощённый порядок выявления и расследования страховых случаев, что обеспечивает принципиальную возможность осуществления страховой выплаты уже через 3 дня после установления предварительного диагноза острого профессионального заболевания. Правоустанавливающим документом для получения выплаты является «Справка, подтверждающая факт осуществления работы работником», содержащая необходимую информацию. Расследование осуществляется в течение суток комиссией, включающей в себя работодателя, представителя медицинской организации, которой выявлен случай заболевания медицинского работника, и ФСС РФ [133].

Разъяснения по порядку расследования случаев профессионального заболевания коронавирусной инфекцией, приведших к установлению инвалидности или летальному исходу, даны в письме Минтруда России и Минздрава России № 15-3/10/П-4559 от 19.05.2020. Для расследования таких профессиональных заболеваний рекомендуется применять порядок расследования, утверждённый постановлением Правительства Российской Федерации № 967 [131], с учетом необходимости сокращения сроков расследования на каждом этапе до 1 суток, а расследование случая профессионального заболевания работодателем предложено проводить в течение 3 дней [125].

В типичном случае профессионального заражения новой коронавирусной инфекцией заболевание протекает в легкой форме, то есть в виде острой респираторной вирусной инфекции с поражением только верхних отделов дыхательных путей и сопровождается временной утратой трудоспособности, однако при более тяжелом течении могут наблюдаться:

- пневмония, в том числе с острой дыхательной недостаточностью;
- острый респираторный дистресс-синдром;

- сепсис;
- септический (инфекционно-токсический) шок;
- острая полиорганная недостаточность с поражением печени и почек, в том числе и в результате проводимого противовирусного лечения [148].

Учитывая возможную тяжесть заболевания, нельзя исключать развитие стойких нарушений функций организма в результате перенесённой коронавирусной инфекции. В ряде случаев они могут приводить к стойкой утрате профессиональной трудоспособности, что будет являться основанием для направления на медико-социальную экспертизу в целях установления степени утраты профессиональной трудоспособности, разработки программы реабилитации пострадавшего на производстве и установления (при наличии оснований) инвалидности [165].

Для того чтобы избежать стойких функциональных нарушений, мероприятия по медицинской реабилитации пострадавших на производстве медицинских работников должны быть начаты в максимально ранние сроки [39].

При сохранении функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, в первую очередь способности к трудовой деятельности, в результате последствий коронавирусной инфекции пострадавший может быть направлен МСЭ для установления степени УПТ, группы инвалидности (при необходимости) и разработки ПРП [158]. Основаниями для направления на МСЭ медицинских работников с последствиями перенесённой коронавирусной инфекции могут стать:

- стойкие нарушения функции дыхательной системы, начиная с $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 \%$, $ОФВ1 > 80 \%$ без хронической дыхательной недостаточности (ДН 0) либо с признаками ДН I степени;

- стойкие нарушения функции сердечно-сосудистой системы, начиная с хронической сердечной недостаточности (ХСН) стадии IIА;

- стойкие нарушения функции желудочно-кишечного тракта, начиная с цирроза печени (АО, F4 по шкале METAVIR) компенсированного неактивного (класс А по Чайлд-Пью);

– стойкие нарушения мочевыделительной функции, начиная с хронической болезни почек (ХБП) 1-й стадии, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – более 90 мл/мин [141].

При установлении степени УПТ необходимо учитывать не только медицинские, но и профессиографические факторы с учётом оценки профессиональной пригодности и доступности трудовой деятельности. Перспектива утраты основной профессии, например «Лечебное дело», «Педиатрия» или «Сестринское дело», в результате перенесённой новой коронавирусной инфекции, кроме случаев наличия значительно выраженных нарушений функций организма, представляется крайне сомнительной. Нельзя исключить возможность снижения квалификации медицинского работника в случае, если работа по конкретной специальности невозможна ввиду наличия медицинских противопоказаний. Это приведёт к необходимости рационального трудоустройства или профессиональной переподготовке с последующим рациональным трудоустройством [107]. Так, при наличии на рабочих местах (по данным специальной оценки) вредных и (или) опасных условий труда общими противопоказаниями к продолжению работы в данных условиях являются заболевания и состояния с умеренным и выраженным нарушением функций организма:

- болезни бронхолегочной системы с явлениями дыхательной недостаточности или легочно-сердечной недостаточности 2–3-й степени;
- хронические болезни сердца и перикарда с недостаточностью кровообращения ФК III, НК 2 и более степени;
- хронические гепатиты, декомпенсированные циррозы печени и другие заболевания печени с признаками печеночной недостаточности 2–3-й степени и портальной гипертензии;
- хронические болезни почек и мочевыводящих путей с явлениями хронической почечной недостаточности 2–3-й степени [138].

Незначительные нарушения функций организма не могут привести к снижению квалификации, поэтому речь может идти только об оценке возможного

снижения объёма профессиональной деятельности на 10 или 20 %. При наличии умеренных нарушений функций и отсутствии вредных производственных факторов на рабочем месте пострадавшего рассматривается вопрос о снижении объёма производственной деятельности с установлением 40 % УПТ, при наличии вредных производственных факторов и необходимости рационального трудоустройства, следствием которого стало снижение квалификации, рассматривается вопрос об установлении 50 или 60 % УПТ в зависимости от уровня снижения квалификации. При наличии выраженных нарушений функции организма установление 70 или 80 % УПТ будет зависеть от наличия или отсутствия снижения квалификации при выполнении работы в специально созданных производственных условиях [116].

Для формирования ПРП специалистам учреждений МСЭ требуется не только направление на МСЭ по установленной форме, но и заключение врачебной комиссии медицинского учреждения, в которой должна быть отражена нуждаемость пострадавшего на производстве в дополнительных видах помощи, подлежащих оплате за счет средств ФСС РФ, таких как:

- лекарственные препараты для лечения последствий острого профессионального заболевания (ОПЗ) с указанием дозировки, кратности применения и количества курсов в год;
- изделия медицинского назначения и индивидуального ухода с указанием годовой потребности;
- специальный медицинский и бытовой уход;
- санаторно-курортное лечение с указанием профиля, кратности, сезона рекомендованного лечения и его продолжительности [105].

При составлении ПРП для пострадавших вследствие профессиональных заболеваний не учитываются ограничения Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду. Так, с учетом возможных последствий и осложнений новой коронавирусной инфекции по прямым последствиям ОПЗ возможно назначение таких технических средств реабилитации, как:

- автоматические ингаляторы, струйные диспенсеры, ультразвуковые ингаляторы;
- кислородные концентраторы;
- устройства для тренировки дыхательных мышц;
- велотренажёры и велоэргометры;
- устройства для расслабляющего массажа и вибраторы для дренажа слизи из лёгких (перкуссоры);
- легковые автомобили и т.д. [27].

Проведённый анализ литературных источников показал, что производственный травматизм и профессиональная заболеваемость остаются актуальной экономической и медико-социальной проблемой для Российской Федерации, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению числа различных профессиональных инцидентов. Действующая в настоящее время система компенсации вреда здоровью и медико-социальной реабилитации не обеспечивает соизмеримого с общемировым уровня восстановления профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве. При этом разработанная и реализуемая в настоящее время Фондом социального страхования Концепция совершенствования системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, касается, прежде всего, изменения механизмов управления процессом реабилитации и оптимизации межведомственного взаимодействия. Изменение перечня мероприятий по профессиональной реабилитации или механизмов их финансирования пока не рассматривается.

Появление в последние два года нового биологического фактора, индуцирующего развитие профессиональной патологии, привело к ряду положительных изменений в сфере защиты прав и оказания медико-социальной помощи пострадавшим на производстве медицинским работникам. Вновь разработанная, а также адаптированная в короткий период от начала пандемии нормативная база обеспечивает возможность своевременной диагностики и

регистрации острых профессиональных заболеваний медицинских работников новой коронавирусной инфекцией. Механизм получения федеральных и региональных выплат в связи с инфицированием и утратой трудоспособности, хотя и имеет некоторые различия на этапе признания медицинского работника пострадавшим, но в целом максимально унифицирован и упрощён, в первую очередь с точки зрения сокращения сроков от момента регистрации заболевания до получения соответствующих выплат. Вопросы медико-социальной экспертизы решаются на основании действующих в настоящее время документов. Созданная система мер социальной поддержки медицинских работников, пострадавших при выполнении должностных обязанностей, предусматривает проведение мероприятий на всех этапах от острого заболевания до возможной стойкой утраты трудоспособности.

1.5 Российский опыт использования критериев оценки утраты трудоспособности при профессиональных заболеваниях и производственных травмах

Оценка профессиональной трудоспособности в России имеет почти полуторавековую историю [169]. Ещё 31 марта 1861 года было издано Положение об обеспечении горнозаводских рабочих казенных заводов Урала на случай увечья. Положение предписывало отправлять заболевших рабочих казенных, общественных и горных заводов в больницы, а при предприятиях с 100 и более рабочими устраивать лазареты. Применительно к возмещению вреда Положение обязывало казенные предприятия платить рабочим при увечье двойную за весь наемный срок оплату [201]. В дальнейшем в отношении работников казенных предприятий, утративших способность к труду вследствие увечья или профессионального заболевания, применялись временные правила от 15 мая 1901 года «О пенсиях рабочим казенных горных заводов и рудников на заводских или рудничных работах». Этими правилами впервые было признано существование профессиональных заболеваний и дано их определение (от него

пришлось отказаться в законе 1903 года из-за неясности критериев отнесения того или иного заболевания в разряд профессиональных) [202].

В 1903 году издаются «Правила для определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень трудоспособности выражалась в процентах. Вся система определения утраты трудоспособности в основном была заимствована из опыта страховых обществ Германии и носила чисто патоморфологический характер: каждому дефекту или увечью соответствовал определенный процент утраты трудоспособности. В этот период практически «не вознаграждалась» профессиональная заболеваемость, хотя к несчастным случаям на производстве относили не только травматические повреждения, «но и всякого рода расстройства здоровья», если «они являются последствиями внезапного действия механических, химических, термических, электрических и иных вредных для организма влияний» [100].

В этот период формируются структуры, проводящие экспертизу трудоспособности: в состав страховых компаний вводятся врачи, которым поручается определять «степень увечья». Используя результаты экспертизы, служащие страховых обществ или представители предпринимателей по специальным таблицам определяли процент утраты трудоспособности. В ряде промышленных центров России были организованы частные врачебные консультационные бюро, которые в числе других функций определяли степень повреждения здоровья в результате увечья на производстве [13].

В первые годы Советской власти задачи экспертизы трудоспособности были весьма ограничены. Врачами социально-страховой экспертизы определялись лишь наличие и степень утраты трудоспособности больного. Врачебную экспертизу трудоспособности осуществляли временные врачебные комиссии. Однако это был период бурного развития социального и медицинского страхования [183].

Программа государственного социального страхования и социального обеспечения была принята 30 октября 1917 года. Она предусматривала не только выплату пенсии по инвалидности, но и возможность возмещения предприятиями

ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем или иным повреждением здоровья, связанным с их работой. Определение утраты трудоспособности было возложено на органы судебно-медицинской экспертизы, которые устанавливали только процент утраты общей трудоспособности [51].

Важнейшими документами того периода явились постановления ЦК ВКП(б) «О социальном страховании» от 28 сентября 1929 года и «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 года. В первом из них была осуждена порочная практика работы социально-страховой экспертизы, вскрыты серьезные методологические нарушения, в частности биологизированный подход к больному и инвалиду, недооценка влияния внешней среды на организм [16].

В 1929 году был впервые издан Список профессиональных заболеваний. Большое значение для развития страхования имела первая Инструкция ВЦСПС и Наркомздрава СССР «О порядке выдачи застрахованным больничных листков», утвержденная СНК СССР 14 августа 1937 года. Она содержала положения по выдаче больничных листков по болезни и увечью, при беременности и родах, по уходу за больным членом семьи и по карантину, а также общие правила выдачи и заполнения больничных листков [203].

В 1943 году постановлением Правительства органам судебно-медицинской экспертизы было вменено определять процент утраты, как общей, так и профессиональной трудоспособности. В 1955 году был утвержден «Список производств и цехов, рабочим и служащим которых пособие по временной нетрудоспособности, наступившей вследствие трудового увечья или профессионального заболевания, выдается в размере 90 процентов заработка независимо от непрерывного стажа работы», утвержденный ВЦСПС по согласованию с Министерством Финансов СССР, а также «Перечень профессиональных заболеваний, при которых допускается временный перевод на другую работу с выплатой пособия по временной нетрудоспособности». При оценке трудоспособности выделялись: а) полная временная нетрудоспособность; б) профессиональная или частичная нетрудоспособность; в) стойкая

нетрудоспособность. Если причина временной нетрудоспособности у работающего инвалида была связана с профзаболеванием или трудовым увечьем, то пособие выдавалось до выздоровления или до пересмотра группы инвалидности в связи с новым заболеванием [21].

Постановлением Совета Министров СССР от 9 октября 1961 года установление степени утраты трудоспособности в процентах рабочим и служащим, получившим увечье или иное повреждение здоровья, связанное с их работой, возлагалось на врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). Фактически, до 1972 года при определении процентов утраты профессиональной трудоспособности ВТЭК руководствовалась Инструкцией Министерства Финансов СССР от 18 октября 1960 года № 153, в которой в виде таблицы были представлены проценты утраты общей трудоспособности при различных повреждениях здоровья. В письме Минздрава СССР от 10 марта 1962 года № 04-5/23, согласованном с ВЦСПС, рекомендовалось при определении процентов утраты профессиональной трудоспособности руководствоваться Инструкцией Минфина СССР, внося в определяемый процент утраты профессиональной трудоспособности необходимые коррективы [80]. Таким образом, процент утраты общей трудоспособности определялся чисто патоморфологическим методом по таблицам, а процент утраты профессиональной трудоспособности определялся почти эмпирически, с привязкой к утрате общей трудоспособности, без учета каких бы то ни было факторов труда, не говоря уже о других социальных факторах.

Организационные принципы установления ВТЭК степени стойкой утраты трудоспособности впервые были определены в «Указаниях о порядке установления ВТЭК степени утраты трудоспособности рабочим и служащим, получившим увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой», утвержденных Минздравом СССР и ВЦСПС 28 декабря 1961 года с дополнениями в соответствии с постановлением секретариата ВЦСПС от 13 ноября 1962 года. В этих указаниях определялось, что:

– установление степени утраты профессиональной трудоспособности возложено на ВТЭК только в отношении рабочих и служащих, в других случаях заключение о степени нарушения трудоспособности выдают судебно-медицинские экспертные комиссии;

– степень утраты трудоспособности пострадавших выражается в процентах, при этом следует руководствоваться Инструкцией Минфина СССР от 18 мая 1960 года № 153, а также Положением о ВТЭК;

– наряду с оценкой нарушения трудоспособности в процентах, в тех случаях, когда нарушения трудоспособности дают основания для установления группы инвалидности, ВТЭК устанавливает группу, причину инвалидности и трудовую рекомендацию, руководствуясь инструкциями и правилами врачебно-трудовой экспертизы [45].

Министерство социального обеспечения РСФСР издало приказ от 24 января 1972 года № 8, которым утверждены «Методические указания о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) при освидетельствовании во ВТЭК рабочих и служащих, получивших увечья или иное повреждение здоровья, связанное с работой». В соответствии с этими указаниями ВТЭК определяла только степень утраты профессиональной трудоспособности, утрата общей трудоспособности определялась только при 100 процентах утраты профессиональной трудоспособности. В этом документе впервые официально дано понятие профессиональной трудоспособности, под которой понимается способность к труду по своей профессии или другой, равной ей по квалификации и оплате; также сказано, что при определении степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах ВТЭК должна исходить из возможностей потерпевшего выполнять в той или иной степени работу по основной профессии или работу, равную ей по квалификации и оплате [120].

Постановлением Совмина СССР от 3 июля 1984 года № 690 были утверждены новые «Правила возмещения предприятиями, учреждениями, организациями ущерба, причиненного рабочим и служащим увечьем либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей»,

после чего 14 августа 1985 года Госкомтрудом СССР, Минздравом СССР и ВЦСПС утверждены новые «Указания о порядке установления ВТЭК степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах рабочим и служащим, получившим увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей», которыми ВТЭК руководствовались до 1994 года. В данных «Указаниях...» принципы определения процентов утраты профессиональной трудоспособности не претерпели существенных изменений, кроме некоторых уточнений и разъяснений [145].

Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 апреля 1994 года № 392 утверждено «Положение о порядке установления ВТЭК степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах работникам, получившим увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанные с исполнением ими трудовых обязанностей». В данном «Положении...» более детально изложены принципы и условия установления того или иного процента утраты профессиональной трудоспособности с учетом квалификации и условий труда, выполнявшейся работы по основной профессии, уточнены критерии определения нуждаемости потерпевшего в дополнительных видах помощи и обучении новой профессии. Внесены отдельные уточнения и изменения, касающиеся направления на ВТЭК пострадавших при профзаболеваниях, определена возможность обжалования решения ВТЭК не только в комиссии высшего звена, но и в суд [146].

Ретроспективный анализ российского опыта экспертизы профессиональной трудоспособности в целях определения размера возмещения ущерба здоровью в результате производственных травм и профессиональных заболеваний показал, что развитие и совершенствование экспертных подходов шло параллельно с большинством развитых стран. Первые шаги на пути перехода от медико-биологического подхода к социальному были сделаны уже в конце 20-х годов прошлого столетия. Дальнейшее развитие экспертных подходов строилось уже не только на оценке структурных и функциональных нарушений, но и на оценке взаимодействия организма пострадавшего с внешней, в том числе

профессиональной, средой. С начала 70-х годов прошлого столетия в оценке способности к профессиональной деятельности использовалось определение профессиональной трудоспособности, под которой понималась не только способность к труду по своей профессии, но и по другой, равной ей по квалификации и оплате. Данный подход открывал широкие перспективы для профессиональной реабилитации пострадавших, поскольку существенно повышал её экономическую эффективность. Не секрет, что в настоящее время получение в результате профессиональной реабилитации новой профессии с более высокой квалификацией и уровнем оплаты никак не влияет на ранее установленную степень УПТ, поскольку при принятии экспертного решения возможно рассмотрение только профессии, в которой пострадавший работал на момент несчастного случая на производстве или возникновения профессионального заболевания [197]. Окончательно действующая система экспертизы степени УПТ и социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний сформировалась в конце 1990-х – начале 2000-х годов, что было связано с прекращением существования огромного количества промышленных предприятий, на которые законодательно возлагалась обязанность по возмещению вреда здоровью. В результате пострадавшие на производстве утратили возможность получать соответствующие выплаты и компенсацию дополнительных расходов в связи с проведением реабилитационных мероприятий. В связи с общемировыми тенденциями по защите прав инвалидов, в том числе пострадавших на производстве, и внедрением в практику новых подходов к оценке функционирования и обеспечения доступности необходимо продолжать совершенствовать законодательство, регулирующее вопросы их социальной защиты и реабилитации.

Анализ мировых и российских научных исследований в области медицины труда, экспертизы вреда, причиненного здоровью пострадавших на производстве, организации их реабилитации и возвращения к труду показал, что экономические, политические и медико-социальные проблемы, связанные с возможным снижением численности трудоспособного населения в результате

производственных инцидентов достаточно актуальны, особенно в связи с неблагоприятными общемировыми демографическими тенденциями. Однако, несмотря на то что наметилась явная долгосрочная тенденция к снижению производственного травматизма в глобальном масштабе, это компенсируется увеличением количества тяжёлых и смертельных случаев в результате производственных травм из-за переноса обрабатывающей, строительной, горнодобывающей и сельскохозяйственной отраслей промышленности в отдельные азиатские страны. Более того, во многих странах с высоким уровнем доходов продолжать позитивное развитие становится все труднее. Темп снижения производственных травм со смертельным исходом упал практически до нуля, что требует качественного изменения подходов к их профилактике.

В большинстве развитых стран компенсация и реабилитация людей с производственными травмами или заболеваниями осуществляется, в основном, через систему социального страхования. Критерии и подходы к определению размера, причиненного здоровью пострадавших на производстве ущерба, существенно различаются между странами и постоянно совершенствуются. В настоящее время актуальным является переход от медицинского подхода, предполагающего оценку нарушений структур и функций или степени утраты общей трудоспособности к комплексному подходу оценки нарушений, включая нарушения активности и участия на обычных, адаптированных или специально созданных рабочих местах. В большинстве стран, в том числе и в России, данный подход в полной мере не сформирован и нуждается в дальнейшем изучении и совершенствовании.

Административные функции по определению размера и выплате компенсаций обычно выполняются государственными органами или организациями частного сектора, действующими в качестве представителя государства. Эти организации напрямую взаимодействуют с травмированным работником. Показано, что административные системы и политика данных организаций могут оказывать значительное влияние на здоровье пострадавших на производстве. Работники могут воспринимать эти взаимодействия как

стрессовые, что способствует как ухудшению психического здоровья, так и потере трудовой функции. Концептуальные модели нетрудоспособности также предполагают, что административные процедуры, действующие в системе страхования, могут влиять на процесс возвращения к трудовой деятельности. Вопросы необходимых преобразований и совершенствования системы предоставления компенсаций и реабилитационных мероприятий недостаточно изучены.

Меры, направленные на профессиональную реабилитацию и возвращение к работе, имеют первостепенное значение при возникновении страхового случая, поскольку работа считается важным средством удовлетворения основных потребностей людей. Кроме того, это чрезвычайно важно для их финансового, психологического и эмоционального благополучия, помимо того, что имеет решающее значение для развития самооценки, социального статуса, чувства личной значимости, независимости, свободы и безопасности.

Система управления реабилитацией пострадавших на производстве, а также экономические мероприятия по вовлечению в процесс профессиональной реабилитации требуют постоянного совершенствования, особенно в России, где возвращение к трудовой деятельности пострадавших на производстве не превышает 50 %. Административные системы и политика российских организаций, принимающих участие в профессиональной реабилитации, нуждаются в изучении и повышении эффективности, выражающейся, в первую очередь, в успешной реинтеграции застрахованных в трудовую деятельность и побуждении их работать с использованием остаточных возможностей во избежание постоянного ухода с рынка труда.

На сегодняшний день МОТ констатирует, что, учитывая проблемы, связанные с возвращением к рабочему процессу в разных странах, следует поощрять научные исследования по этому вопросу, чтобы они способствовали развитию программ, особенно в странах, где подходы все еще остаются несовершенными.

При написании данной главы использовались следующие публикации автора:

1. Влияние режима труда на заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников современных табачных производств / И.А. Божков, К.С. Лопатин, В.С. Лучкевич, М.А. Севастьянов // Гигиена и санитария. – 2005. – № 1. – С. 25–27.

2. Связь заболевания новой коронавирусной инфекцией с профессией, медико-социальная экспертиза и реабилитация пострадавших на производстве / И.А. Божков, О.В. Владимирова, С.А. Бондарев, А.В. Диделев, Г.Н. Пономаренко, М.А. Севастьянов // Медицинская наука и образование Урала. – 2020. – № 3. – С. 109–115.

3. Роль учреждений медико-социальной экспертизы в организации страхового обеспечения и реабилитации пострадавших на производстве / И.А. Божков, О.В. Владимирова, М.В. Коробов, М.А. Севастьянов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 1. – С. 11–18.

4. Методические основы установления степени утраты профессиональной трудоспособности медицинским работникам по последствиям коронавирусной инфекции / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, О.В. Владимирова, С.А. Бондарев, А.В. Диделев, Г.Н. Пономаренко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 3. – С. 89–97.

5. Новые подходы к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (обзор нормативных правовых документов) / М.А. Севастьянов, С.А. Бондарев, Г.О. Пенина, И.В. Деденева, И.А. Чистякова, И.А. Божков, О.В. Владимирова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 3. – С. 55–62.

6. Медико-социальное обеспечение пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний / М.А. Севастьянов, О.Н. Владимирова, Н.Л. Шапорова, О.В. Дудина, И.А. Божков // Российский семейный врач. – 2015. – № 1(19). – С. 44–48.

7. Севастьянов, М.А. Технические средства реабилитации: теория и практика назначения и подбора в медицинской организации / И.А. Божков, М.А. Севастьянов // Российский семейный врач. – 2013. – № 1 (17). – С. 23–27.

8. Профессиональные заболевания медицинских работников новой коронавирусной инфекцией – медико-социальная помощь и социальная защита / И.А. Божков, О.В. Владимирова, С.А. Бондарев, М.А. Севастьянов. – Текст: электронный // Национальное здоровье. – 2020. – № 3. – С. 32–39, – URL: <https://www.national-zdorov.ru/userfiles/file/hzl3rqsbyysa2oodhqsushon6zmad7mp.pdf> (дата обращения: 11.02.2022).

9. Нормативно-правовые вопросы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве: сравнительный анализ российского и международного законодательства / И.А. Божков, С.У. Дикаев, О.В. Владимирова, М.А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2016. – № 3 (95). – С. 96–103.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа комплексного медико-социального исследования

В работе изучен широкий круг вопросов, связанных с исследованием закономерностей изменения здоровья и формирования инвалидности у пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний, методов их экспертной оценки, а также механизмов и способов предоставления реабилитационных мероприятий, направленных на интеграцию и социальную адаптацию пострадавших на производстве в семью и общество.

Исследование проводилось по трём основным направлениям (социально-гигиеническому; медико-социальному; организационному) и состояло из шести этапов (таблица 1).

На I этапе выполнен сравнительно-правовой анализ российских и международных нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы экспертизы размера вреда, причиненного здоровью пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, объём и порядок страхового возмещения полученного вреда и предоставления реабилитационных мероприятий.

На II этапе проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование данных Федеральной службы государственной статистики и Фонда социального страхования Российской Федерации об общей численности населения, численности экономически активного населения, численности застрахованных от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, распространённости производственных травм и профессиональных заболеваний и объёмах страхового возмещения вреда здоровью.

Таблица 1 – Методика и организация исследования

Направления, этапы выполнения, период наблюдения	Объект исследования, источники информации, объём исследования	Методы исследования
1	2	3
I этап – анализ российских и международных документов, регламентирующих право социального обеспечения пострадавших на производстве	<p>Объект исследования: Конвенции ВОЗ и МОТ, законодательство Российской Федерации.</p> <p>Источники: публикации на официальном интернет-портале правовой информации (http://pravo.gov.ru/), на официальном сайте Минтруда России (https://mintrud.gov.ru/), на официальном сайте Минздрава России (https://minzdrav.gov.ru/).</p> <p>Объём исследования: 38 нормативных правовых актов</p>	Сравнительно-правовой анализ
II этап – ретроспективное эпидемиологическое исследование демографических и социально-гигиенических показателей в РФ за 2007–2018 гг.	<p>Объект исследования: лица трудоспособного возраста и лица старше трудоспособного возраста (на период исследования до пенсионной реформы), граждане РФ, в том числе застрахованные в системе социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и пострадавшие на производстве.</p> <p>Источники: официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики (https://rosstat.gov.ru/folder/13964, https://rosstat.gov.ru/folder/12781, https://rosstat.gov.ru/working_conditions, https://rosstat.gov.ru/labour_force), официальные данные Фонда социального страхования Российской Федерации (https://fss.ru/ru/fund/opendata/index.shtml).</p> <p>Объём исследования: 146 880 тыс. человек, исследование сплошное</p>	Документальный, выкопировки данных, статистический
III этап – аналитическое обсервационное исследование результатов освидетельствования пострадавших на производстве за 2014–2019 гг.	<p>Объект исследования: случай освидетельствования пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, освидетельствованный на предмет установления степени УПТ и разработки ПРП в текущем году.</p> <p>Источники: акты освидетельствования в учреждениях МСЭ, ЕАВИИАС МСЭ, данные федерального статистического наблюдения за деятельностью бюро медико-социальной экспертизы (формы 7-собес)</p> <p>Объём исследования: 167 529 освидетельствований, исследование сплошное</p>	Документальный, выкопировки данных, статистический

Продолжение таблицы 1

1	2	3
<p>IV этап – экспериментальное аналитическое исследование результатов освидетельствования с использованием действующих и предложенных автором критериев в Свердловской области и Ставропольском крае в 2018 г.</p>	<p>Объект исследования: гражданин, прошедший освидетельствование в учреждениях МСЭ субъекта Российской Федерации (Ставропольский край и Свердловская область). Источники: акты освидетельствования в учреждениях МСЭ, ЕАВИИАС МСЭ, ПРП, проекты актов освидетельствования по предлагаемым критериям. Объём исследования: случайная выборка из 622 человек из генеральной совокупности в 2338 человека с рандомизацией по нозологическим формам производственных травм и профессиональных заболеваний в каждом из субъектов</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, статистический</p>
<p>V этап – оценка разработанной модели предоставления пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации</p>	<p>Объект исследования: теоретическая модель предоставления пострадавшим на производстве мероприятий по реабилитации на основе электронного сертификата. Источники: бланк экспертного опроса (приложение А), специалисты федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ, представители предприятий – производителей (поставщиков) технических средств реабилитации, представители региональных отделений ФСС РФ. Объём исследования: 151 человек</p>	<p>Социологического опроса, экспертных оценок</p>
<p>VI этап – изучение мнения инвалидов с причиной инвалидности «трудовое увечье» и инвалидов с причиной инвалидности «общее заболевание» на предмет нуждаемости в предоставлении реабилитационных мероприятий и их отношения к возможности введения электронного сертификата</p>	<p>Объект исследования: инвалиды с причиной инвалидности «трудовое увечье» и «общее заболевание», в том числе инвалиды по зрению I и II группы. Источники: бланк анкеты по изучению мнения граждан о возможности введения электронного сертификата (приложение Б). Объём исследования: 562 инвалида с причиной инвалидности «общее заболевание», и 442 инвалида с причиной инвалидности «трудовое увечье», отобранные в случайном порядке и рандомизированные по полу, возрасту и группе инвалидности и 250 инвалидов по зрению I и II группы в возрасте от 18-ти до 80 лет, проживающих в Санкт-Петербурге.</p>	<p>Социологического опроса, статистический</p>

На III этапе в рамках аналитического обсервационного исследования были выполнены: анализ результатов освидетельствования пострадавших на производстве за 2014–2019 годы (установление степени утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности) по данным формы 7-собес; анализ вариативности принятия решений при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности по субъектам Российской Федерации за 2015–2017 годы по данным формы 7-собес; анализ возможного влияния на тяжесть последствий производственных травм и профессиональных заболеваний по результатам установления степени утраты профессиональной трудоспособности, таких факторов, как средние сроки нахождения на больничном листе и качество оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

Обсервационное аналитическое исследование, проведённое при выполнении работы, базировалось на оценке результатов медико-социальной экспертизы пострадавших на производстве на предмет установления степени УПТ. Был проведён сплошной анализ экспертных решений по установлению степени УПТ, принятых за три года (2015–2017 гг.) в субъектах Российской Федерации по всем профессиональным заболеваниям и травмам на производстве (объём выборки – 167 529 освидетельствований граждан с целью установления степени УПТ), а также по наиболее распространённым нозологическим формам:

- последствия травм нижней конечности (Т93), объём выборки – 27 420 освидетельствований;
- двусторонняя нейросенсорная тугоухость (Н83.3), объём выборки – 12 276 освидетельствований.

Источником сведений послужили официальные данные Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (отчётные формы № 7-собес) и сведения Единой автоматизированной вертикально интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы, официальные данные Росстата (таблицы из бюллетеня «Производственный травматизм в Российской Федерации в 2017 году» [181],

данные «Рейтинга доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации» [155]).

Указанный рейтинг был составлен за 2012–2017 годы с учётом следующих групп показателей: продолжительность жизни и смертность; кадровое обеспечение отрасли; оказание медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях; оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях; охрана здоровья матери и ребенка; организация паллиативной помощи (см. таблицу 2). Выбранные группы характеристик соответствуют показателям, избранным правительством Российской Федерации для мониторинга реализации национальных проектов и государственных программ в здравоохранении – Национальный проект «Здравоохранение» (2019–2024) и Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (2018–2025).

Таблица 2 – Перечень показателей, использованный для построения рейтингов субъектов Российской Федерации по доступности и качеству медицинской помощи

№ п/п	Показатели	Источники исходных данных
1	2	3
I. Продолжительность жизни и смертность (результатирующие показатели)		
1	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Росстат
2	Стандартизованный коэффициент смертности	Минздрав России
3	Смертность населения в трудоспособном возрасте	Росстат
4	Смертность детей в возрасте 0–17 лет	Минздрав России
II. Кадровое обеспечение отрасли		
5	Обеспеченность населения врачами (физическими лицами)	Минздрав России
6	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (физическими лицами)	Минздрав России
7	Обеспеченность населения участковыми терапевтами	Минздрав России
8	Обеспеченность населения участковыми педиатрами	Минздрав России
9	Обеспеченность населения врачами общей практики	Минздрав России
III. Оказание медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях		
10	Стандартизованный коэффициент смертности населения от ишемической болезни сердца	Минздрав России
11	Стандартизованный коэффициент смертности населения от cerebrovasкулярных болезней	Минздрав России

Продолжение таблицы 2

1	2	3
IV. Оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях		
12	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете	МНИОИ им. П.А. Герцена
13	Доля больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадиях в общей численности больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями	Минздрав России
14	Одногодичная летальность больных злокачественными новообразованиями	Минздрав России
15	Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований (в том числе от злокачественных)	Минздрав России
V. Охрана здоровья матери и ребенка		
16	Больничная летальность новорожденных массой тела 500–999 г в отделениях патологии новорожденных	Минздрав России
17	Коэффициент младенческой смертности	Минздрав России
18	Материнская смертность	Минздрав России
VI. Организация паллиативной помощи		
19	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи	Минздрав России
20	Обеспеченность врачами, оказывающими паллиативную медицинскую помощь	Минздрав России

На IV этапе выполнено экспериментальное аналитическое исследование, в ходе которого проведён сравнительный анализ экспертных решений, принятых с использованием действующих и предложенных автором критериев в 2 субъектах Российской Федерации в федеральных казенных учреждениях медико-социальной экспертизы (ФКУ МСЭ) Свердловской области и Ставропольского края (далее – главные бюро, ГБ) в 2018 году, и проведён анализ зависимости тяжести последствий производственных травм (по уровню утраты профессиональной трудоспособности) от их нозологической формы и анализ влияния структуры производства на уровень и структуру производственного травматизма и профессиональной заболеваемости.

Единицей наблюдения в исследовании избран гражданин, прошедший освидетельствование в учреждениях МСЭ субъектов Российской Федерации (Ставропольский край и Свердловская область). В ходе исследования выполнен сравнительный анализ статистических показателей производственного травматизма, профессиональной заболеваемости и инвалидности по данным

статистических сборников по Свердловской области [163] и Ставропольскому краю [177], формы 7-собес, а также сведений Единой автоматизированной вертикально интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы за 2017–2019 годы в указанных субъектах Российской Федерации, а также проанализированы данные актов освидетельствования пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за 2018 год (выборочная совокупность) в целях оценки зависимости тяжести вреда, причиненного здоровью пострадавших на производстве, от нозологической формы производственной травмы или профессионального заболевания.

Состав генеральной совокупности был определен, исходя из целей и задач исследования, и представлял собой совокупность лиц в возрасте 18 лет и старше, прошедших освидетельствование в учреждении МСЭ каждого из субъектов Российской Федерации с целью установления степени УПТ в результате несчастных случаев на производстве (признанных и не признанных инвалидами, первично и повторно). Определена репрезентативная выборка из генеральной совокупности, объем которой определялся задачами исследования, степенью однородности генеральной совокупности, величиной доверительной вероятности, при которой гарантируется достоверность результата исследований, требуемой точностью результатов, то есть величиной допустимой ошибки репрезентативности (не более 5 % для медицинских и биологических исследований). С учетом возможной специфики профессиональной патологии в регионах расчет выборки проводился для каждого из регионов отдельно. Объем выборочной совокупности определялся как 10 % от общего числа лиц в возрасте 18 лет и старше, освидетельствованных с целью установления степени утраты профессиональной трудоспособности (далее – УПТ) в результате несчастных случаев на производстве (признанных и не признанных инвалидами, первично и повторно), в учреждениях МСЭ Ставропольского края и Свердловской области за три года (2015–2017 гг.). Случайный отбор случаев по нозологическим формам проводился пропорционально, исходя из среднего соотношения по

нозологическим формам в каждом из регионов за три предшествующих года с 2015 по 2017 год включительно. Общий объём выборки составил 2338 случаев, объём выборочной совокупности – 622 случая.

В ходе исследования оценивали риски перехода на новые критерии оценки. При этом в качестве рисковой характеризовали ситуацию, когда результат какого-либо действия неочевиден и неоднозначен и может быть несколько исходов результатов, как с вероятностью получения неблагоприятного результата, так и с вероятностью получить результат, отличный от ожидаемого.

Главными задачами при оценке «рисков» в ходе исследования являлись: выявление и идентификация возможных видов рисков при использовании предложенных критериев; определение и описание источников и факторов, влияющих на данный вид риска; разработка мер по снижению или предотвращению риска.

На V этапе была проведена оценка разработанной модели предоставления пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации методом экспертных оценок. Для расчёта и оценки ожидаемых результатов от внедрения новой модели обеспечения лиц, пострадавших на производстве, использована теория стейкхолдеров. Её автор Э. Фримен называет стейкхолдерами индивидуумов, группы или организации, оказывающие значимое влияние на принимаемые решения и/или оказывающиеся под воздействием этих решений [243]. Теория стейкхолдеров утверждает, что при достижении целей деятельности организации следует принимать во внимание разнообразные интересы различных заинтересованных сторон (стейкхолдеров), которые будут представлять некий тип неформальной коалиции [251]. Между стейкхолдерами также могут существовать различные отношения, которые не всегда носят характер сотрудничества, совпадения интересов [63]. Теория стейкхолдеров изначально была разработана для бизнес-структур, однако она имеет прямое отношение и к проектам, в том числе социальным [173].

Основная задача применения теории стейкхолдеров для оценки клинической, социальной, правовой, организационной и экономической

значимостей введения электронного сертификата (ЭС) – учесть интересы значительного числа участников процесса обеспечения лиц, пострадавших на производстве. Одной из проблем оценки социальной экономической эффективности введения ЭС является проблема нахождения компромисса между экономией бюджетных средств и удовлетворением потребностей пострадавших на производстве при предоставлении ТСП. Эффективность измеряется степенью удовлетворенности всех заинтересованных сторон, а не только ФСС РФ. Эффективность от введения ЭС, в соответствии с теорией стейкхолдеров, складывается из выгод каждого из участников процесса обеспечения пострадавших на производстве [227].

Для оценки основных выгод и рисков от внедрения ЭС использовался метод экспертных оценок: для получения наиболее качественного суждения к участию в экспертизе привлекались специалисты, имеющие высокий профессиональный уровень и большой практический опыт работы в медико-социальной сфере. Бланк экспертного опроса представлен в приложении А.

Экспертами выступали специалисты федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ (руководители главных бюро МСЭ в субъектах Российской Федерации – 80 экспертов), включая научные и образовательные центры в этой сфере (Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации им. Г.А. Альбрехта и Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты РФ – 10 экспертов), представители предприятий – производителей (поставщиков) технических средств реабилитации (директора и заместители директоров протезных предприятий – 20 экспертов), представители региональных отделений ФСС РФ (начальники отделов страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний – 41 эксперт). Всего в исследовании принял участие 151 эксперт.

Для изучения основных операций по предоставлению пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий и анализа трудозатрат было проведено анкетирование начальников отделов страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и курирующих данные вопросы заместителей управляющих в 41 субъекте Российской Федерации. Для получения достоверных данных была осуществлена выборка субъектов Российской Федерации, по которым имелась оценка по каждой работе и не были допущены логические ошибки, способные отразиться на общих результатах исследования.

На VI этапе был проведен социологический опрос инвалидов с причиной инвалидности «трудовое увечье» и инвалидов с причиной инвалидности «общее заболевание» на предмет нуждаемости в предоставлении ТСР и их отношения к возможности введения ЭС. Также для оценки необходимости и возможности расширения перечня ТСР, предоставляемых за счёт средств федерального бюджета был проведён опрос инвалидов по зрению с учётом того, что данная группа является полностью однородной, вне зависимости от того, что привело к стойкому нарушению функции органа зрения: причины связанные с производством, или общее заболевание.

Всего было опрошено 562 инвалида с причиной инвалидности «общее заболевание» и 442 инвалида с причиной инвалидности «трудовое увечье». Инвалиды с причиной инвалидности «общее заболевание» и инвалиды с причиной инвалидности «трудовое увечье» отбирались в случайном порядке и были рандомизированы по полу, возрасту и группе инвалидности.

Характеристики групп представлены в таблице 3.

Анкета по изучению мнения граждан о возможности введения ЭС для оплаты ТСР, представленная в приложении Б, позволяет получить информацию о видах ТСР, получаемых респондентом, проблемах, возникающих в процессе обеспечения ТСР, уровне необходимой респонденту помощи при выборе изделий и их поставщиков, а также оценить основные опасения респондентов, связанные с

введением нового механизма обеспечения, их готовность к софинансированию при получении ТСР.

Таблица 3 – Характеристики групп инвалидов и пострадавших на производстве, отобранных для проведения социологического опроса

Характеристики групп	Инвалиды с причиной инвалидности «общее заболевание»		Инвалиды с причиной инвалидности «трудовое увечье»	
	Абсолютное число	Доля от общего числа опрошенных в группе, %	Абсолютное число	Доля от общего числа опрошенных в группе, %
Мужчины	394	70,1	310	70,1
Женщины	167	29,7	132	29,9
Инвалиды I группы	27	4,8	22	5,0
Инвалиды II группы	147	26,2	116	26,2
Инвалиды III группы	260	46,3	205	46,4
Возраст 45–60 лет	322	57,3	254	57,5
Возраст 61 год и старше	239	42,5	188	42,5

В целях выявления потребности в ТСР было опрошено 250 инвалидов по зрению I и II группы в возрасте от 18-ти до 80 лет, проживающих в Санкт-Петербурге. Инвалиды оценивали свою потребность в таких изделиях как: часы-будильник с речевым выходом, наручные механические часы по Брайлю, наручные часы с вибрационной индикацией, глюкометр с речевым выходом, трость тактильная, устройство для чтения говорящих книг, устройства для оптической коррекции слабовидения, тонометр с речевым выходом, термометр с речевым выходом, собака-проводник, калькулятор с речевым выходом, мобильный телефон для пользования инвалидом по зрению, ноутбук/планшет для пользования инвалидом по зрению, программа голосового доступа (JAWS/NVDA).

2.2 Методы статистической обработки результатов исследования и оценка достоверности результатов

При выполнении диссертационного исследования были использованы методы описательной статистики [48, 71]. При расчёте средних величин (среднего арифметического) при помощи стандартного «Пакета анализа» для Microsoft Excel выполнялись оценка стандартной ошибки, стандартного отклонения и уровня надёжности средних величин (доверительного интервала – ДИ). Для оценки достоверности различий средних использовался парный двухвыборочный t-тест, при этом используемое значение $t_{\text{критич.}}$ выбиралось для $p < 0,05$. Метод выравнивания динамического ряда при помощи расчёта скользящей средней и анализ динамических рядов также выполнялись с использованием стандартного «Пакета анализа» для Microsoft Excel. Для оценки различия эмпирических распределений использовался критерий хи-квадрат, расчёт также производился при помощи стандартного «Пакета анализа» для Microsoft Excel. Вывод о достоверности различий делался при значении $p < 0,05$.

Темп роста рассчитывался по формуле $t = Y1 \cdot 100\% / Y0$, темп прироста – по формуле $\Delta t = (Y1 \cdot 100\% / Y0) - 100\%$, где $Y0$ – уровень показателя в предыдущем году; $Y1$ – уровень показателя в последующем году.

Для оценки разброса вариант использовался коэффициент вариации, при этом вариабельность расценивалась как малая при значении коэффициента вариации, не превышающем 10 %, как средняя – при значении коэффициента вариации в пределах 10–20 %, как большая – при значении коэффициента вариации, превышающем 20 %. Оценка достоверности различий коэффициентов вариации проводилась на основании следующего алгебраического выражения неравенства $|C_1 - C_2| / \sqrt{m^2_{C_1} + m^2_{C_2}} > 3 + 6 / (N - 4)$, где $|C_1 - C_2|$ – абсолютное значение разности коэффициентов вариации; N – число наблюдений в меньшей из исследуемых выборок; m_{C_1} и m_{C_2} – ошибки коэффициентов вариации [54]. Если неравенство выполнялось, то есть левая часть была больше правой, то различия считались статистически достоверными.

Наличие корреляционной связи между качественными показателями оценивалось при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена, который рассчитывался по формуле $\rho = 1 - 6\sum d^2 / (n^3 - n)$, где d – разности между рангами (порядковыми номерами); n – число сопоставимых пар. Связь считалась установленной, если значения коэффициента находились в пределах от -1 до $-0,5$ и от $0,5$ до 1 [55].

Результаты оценки экспертами выгод и рисков в баллах характеризовались как высоко значимые при значении 6 и более баллов, средней значимости – при значении 4–5 баллов, имеющие несущественную значимость – при значении менее 4 баллов.

Достоверность различий между группами участников социологического опроса (инвалид с причиной инвалидности «общее заболевание» или инвалид с причиной инвалидности «трудовое увечье») определялась с помощью критерия хи-квадрат. Различия между группами считались достоверными при значении $P < 0,05$, то есть утверждение о том, что состояние респондента (инвалид с причиной инвалидности «общее заболевание» или инвалид с причиной инвалидности «трудовое увечье») ассоциировано с выбором категории, считалось верным.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ПРАВОВОГО АНАЛИЗА НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ВОПРОСЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И МЕТОДИКУ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ

3.1 Медико-социальная реабилитация и социальное обеспечение пострадавших на производстве в системе международных и российских правовых норм

Нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок и условия предоставления реабилитационных мероприятий для лиц, пострадавших на производстве, разработаны Международной организацией труда. Всего было принято пять конвенций: Конвенция 1921 года о возмещении работникам сельского хозяйства, две Конвенции 1925 года – о возмещении работникам при несчастных случаях и о возмещении работникам при профессиональных заболеваниях (в 1934 году была пересмотрена), а также Конвенция МОТ № 102 от 1952 года и Конвенция МОТ № 121 от 1964 года.

Конвенция МОТ № 102 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения содержит ряд предложений о нормах социального обеспечения в случаях, когда требуется медицинская помощь профилактического или лечебного характера, в том числе для лиц, работающих по найму [87].

Конвенция МОТ № 121 1964 года о пособиях в случаях производственного травматизма вступила в силу 28.07.1967 и содержит общие требования относительно выплат при несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях в целях обеспечения социальной защиты соответствующих категорий пострадавших, включая определение круга лиц, имеющих право на получение выплат, установление случаев, при наступлении которых они предоставляются, правил обжалования при отказе в таком предоставлении, а также видов выплат, условий и порядка их исчисления и предоставления [88].

Одобрение в России законопроекта, предусматривающего ратификацию вышеупомянутой 121-й Конвенции Международной организации труда 1967 года, подтверждает, что нормы международного права, регулирующие трудовые правоотношения, всё активнее проникают в правовую систему Российской Федерации, что вполне закономерно с учётом того, что Россия позиционирует себя как государство, стремящееся к экономической и правовой интеграции с другими цивилизованными странами.

Несмотря на то, что данная Конвенция на территории Российской Федерации до сих пор не была ратифицирована, многие её предложения давно реализованы в законодательных актах нашей страны. К примеру, в России действуют нормы об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (одноименный федеральный закон был принят 16.07.1998 и вступил в силу с 2000 года).

Более того, иногда размеры возмещения, которые предусмотрены российским законодательством, превышают объёмы аналогичных выплат, закреплённые 121-й Конвенцией МОТ. Примером тому могут служить оплата расходов, связанных с восстановлением здоровья застрахованных лиц, а также периодические и единовременные выплаты определённым категориям граждан [91]. В России эти выплаты даже несколько выше, чем предусмотрено Конвенцией. К примеру, при наличии доказанной вины пострадавшего в произошедшем несчастном случае размер единовременной и ежемесячной выплат может быть снижен не более чем на 25 % [196]. Ратификация Конвенции в России пройдёт легко, без внесения изменений в нормы закона, действующие на территории страны. Законодательство Российской Федерации практически полностью соответствует требованиям, установленным 121-й Конвенцией МОТ. Польза же от этого действия очевидна – ратификация данной Конвенции поможет непросто для России процессу интеграции и будет на новом уровне способствовать укреплению социальных гарантий, которые уже имеются в стране.

Конвенция 1964 года об обеспечении в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием предусматривает общие

требования относительно выплат при несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях в целях обеспечения социальной защиты соответствующих категорий нуждающихся, включая определение круга лиц, имеющих право на получение выплат, установление случаев, при наступлении которых они предоставляются, правил обжалования при отказе в таком предоставлении, а также видов выплат, условий и порядка их исчисления и предоставления.

Основные положения Конвенции МОТ № 121, затрагивающие вопросы реабилитации пострадавших лиц, следующие:

а) категории работников, подлежащих дополнительной социальной защите: все лица, работающие по найму (включая учеников) в частном и общественном секторах, в том числе работающие в кооперативах (ст. 4), включая иностранцев и апатридов (ст. 27); при этом государство – член организации вправе исключить из сферы применения Конвенции лиц, занятость которых носит случайный характер и которые не связаны с деятельностью их работодателя (ст. 4), надомников (ст. 4), членов семьи работодателя, живущих в его доме, в отношении их работы на него (ст. 4), других категорий, работающих по найму, число которых не превышает 10 % всех работников, не считая указанных выше (ст. 4), моряков, включая морских рыбаков и государственных служащих в том случае, когда эти категории защищены специальными системами, которые обеспечивают не меньшие социальные пособия (ст. 3);

б) последствия повреждения здоровья, связанные с производством (ст. 6): болезненное состояние; нетрудоспособность, вызванная таким состоянием и влекущая за собой определяемую законодательством страны утрату заработка; полная потеря трудоспособности или ее частичная потеря сверх установленной степени, когда предполагается, что такая полная или частичная потеря будет постоянной, или соответствующая степень потери физической полноценности; потеря средств существования в результате смерти кормильца семьи установленными категориями получателей;

в) терминологическая база: понятие производственного травматизма как таковое в Конвенции отсутствует, но комплексный анализ ее норм (статей 7, 8 и 9, в частности) свидетельствует о том, что под ним понимаются и несчастные случаи на производстве (включая случаи в пути) и профессиональные заболевания. Конвенция не дает четкого определения несчастного случая на производстве, отсылая к внутреннему законодательству страны-участницы, акцентируя внимание на необходимости определения условий, при которых несчастный случай в пути считается несчастным случаем на производстве. Важным является обстоятельство, что социальное обеспечение несчастных случаев в пути должно быть, по крайней мере, равным выплатам по несчастным случаям на производстве (ст. 7). Аналогично в Конвенции раскрывается и понятие профессионального заболевания (каждый член МОТ вправе установить перечень заболеваний, которые «будут рассматриваться как профессиональные заболевания»), однако одно из ее приложений содержит минимальный возможный их перечень (ст. 8);

г) перечень лиц, подлежащих социальному обеспечению, которые имеют право на (ст. 9) медицинское обслуживание и аналогичную помощь при болезненном состоянии, а также на денежные пособия (при возникновении утраты заработка, постоянной полной или частичной потере трудоспособности или смерти кормильца). При этом право на пособие не может быть обусловлено продолжительностью трудового или страхового стажа или уплатой страховых взносов; однако в отношении профессиональных заболеваний может быть установлен период подверженности вредному воздействию;

д) перечень выплат на медицинское обслуживание (и аналогичную помощь) включает в себя следующие виды медицинской помощи (ст. 10): общая врачебная помощь и помощь, оказываемая специалистами стационарным и амбулаторным больным, включая визиты на дому; зубоврачебная помощь; помощь медицинских сестер на дому или в больницах и в других лечебных заведениях; содержание в больницах, в домах для выздоравливающих, санаториях или других лечебных заведениях; зубоврачебные, фармацевтические и другие медицинские и

ортопедические средства, включая протезные приспособления, их ремонт и нормальную замену, и очки; помощь специалистов другой профессии, которая в законном порядке признана смежной с медицинской, под наблюдением врача или дантиста; когда это возможно, проведение следующих видов лечения на месте работы: неотложная помощь лицам, пострадавшим от серьезного несчастного случая, проведение курса лечения тех лиц, которые получили незначительные травмы, не повлекшие за собой прекращения работы.

При этом выплачиваемые пособия предоставляются с использованием всех подходящих средств с целью сохранения, восстановления или, когда это невозможно, улучшения здоровья пострадавшего лица, а также его трудоспособности и способности самостоятельно удовлетворять свои личные потребности.

Важным акцентом в разделе о медицинском обслуживании Конвенции является норма, закрепленная в ст. 11, о том, что страна-участница вправе установить, что такая помощь оказывается на тех же условиях, что и другим лицам. Однако при условии, что «исключаются неблагоприятные для заинтересованных лиц последствия».

В этой же статье сказано о возможности наличия специальных правил для случаев, когда объем, продолжительность или стоимость оказания медицинской помощи «превышают разумные пределы» при условии, что эти правила не будут противоречить основной цели таких выплат.

Если страна-участница воспользуется своим правом на «временные исключения» из перечня выплат (ст. 2 Конвенции), то минимальный перечень гарантированных медицинских услуг включает в себя (ст. 12): общую врачебную помощь, включая визиты на дому; помощь, оказываемую специалистами стационарным или амбулаторным больным, и такую помощь специалистов, которая может оказываться вне больницы; отпуск наиболее необходимых медикаментов по рецепту врача или другого квалифицированного специалиста; госпитализацию при необходимости, по мере возможности оказание неотложной помощи на месте работы.

Право на обжалование в отношении качества или размера пособий закреплено в ст. 23 Конвенции.

В перечне обязанностей страны-участницы Конвенция предусматривает (ст. 26) создание службы восстановления трудоспособности, целью которой является подготовка инвалидов к возобновлению их прежней деятельности во всех случаях, когда это возможно, или, если это невозможно, к иному наиболее подходящему оплачиваемому труду с учетом их возможностей и способностей, а также принятие мер для того, чтобы способствовать устройству инвалидов на подходящую работу.

В европейской практике существуют основанные на положениях Конвенции два варианта систем оплаты с множеством модификаций в зависимости от особенностей других направлений, как социальной защиты, так и имеющейся системы страхования [247]. Первый, где процесс лечения и последующей реабилитации пострадавших на производстве происходит отдельно от лиц, получивших увечья по иным причинам, и второй, когда лечение указанной категории лиц осуществляется на общих основаниях. В любом случае пострадавшему на производстве гарантировано лечение либо за государственный счет, либо за счет работодателя, застраховавшего свою ответственность.

Вне зависимости от способа, выбранного страной-участницей Конвенции для организации процесса реабилитации, весь необходимый комплекс реабилитационных мероприятий будет получен пострадавшим либо за счет социальной защиты, существующей как отдельная финансовая система, либо в составе целого ряда последовательно проводимых мероприятий – сначала за счет государственной медицинской помощи, а потом и страховой.

В Российской Федерации порядок и условия осуществления реабилитационных мероприятий лицам, пострадавшим на производстве, регламентирован, помимо общих нормативно-правовых актов (Конституция РФ [89], Гражданский кодекс РФ [44], Федеральный закон № 165-ФЗ [191]), специальным законодательством, в основе которого лежит Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ (далее – закон 125-ФЗ) [193].

Нормы закона 125-ФЗ распространяются на работодателей – юридических лиц любой организационно-правовой формы, а также индивидуальных предпринимателей, имеющих наемных работников [162].

Данный вид социального страхования распространяется на лиц, выполняющих работу на основании трудового договора (в т. ч. заключенных в местах лишения свободы, привлекаемых к труду). Физические лица, выполняющие работу на основании гражданско-правового договора, подлежат социальному страхованию в случае, если это прямо указано в данном договоре. Закон распространяется на граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства (статьи 3 и 5 закона 125-ФЗ).

Страховым случаем, то есть случаем, влекущим право на социальные выплаты, называется факт повреждения здоровья застрахованного вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, повлекший временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть [14]. В свою очередь, несчастный случай на производстве – событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору либо во время следования к месту работы (или возвращения с места работы) на транспорте работодателя. Профессиональное заболевание – хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов).

Закон 125-ФЗ (ст. 3) указывает, что объектом данного вида страхования являются «имущественные интересы физических лиц, связанные с утратой этими физическими лицами здоровья, профессиональной трудоспособности либо их смертью вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания». При этом каждое лицо при наступлении страхового случая (несчастного случая на производстве или профессионального заболевания) имеет право на получение обеспечения по страхованию (ст. 7).

Сказанное означает не только то, что каждый застрахованный в определенных законом случаях имеет право на выплаты [29], но и то, что речь идет о возмещении вреда, причиненного его имущественным интересам. Вся мировая практика, да и законодательство Российской Федерации, предусматривает, что осуществляемые выплаты направлены на сохранение, восстановление или, если это невозможно, улучшение здоровья пострадавшего лица, а также его трудоспособности и способности самостоятельно удовлетворять свои личные потребности [160].

Сравнение основных постулатов, сформулированных в международных нормативных актах и в законодательстве Российской Федерации в отношении социальной защиты пострадавших на производстве, представлено в таблице 4.

Таблица 4 – Основные принципы международного права и российского законодательства в отношении пострадавших на производстве

Критерий	Конвенция МОТ № 121	Российское законодательство
Принцип управления системой выплат	Устанавливается государством и подконтрольно ему	Устанавливается государством и подконтрольно ему
Финансовая система	Не определено	Обязательное социальное страхование
Сфера распространения	Все организации и предприятия (допускаются исключения, если существуют иные системы выплат пособий)	Юридические и физические лица, нанимающие лиц по трудовым договорам
Случаи применения	– временная нетрудоспособность; – постоянная (полная или частичная нетрудоспособность); – смерть	– временная нетрудоспособность; – постоянная нетрудоспособность; – смерть
Понятие производственной травмы	– несчастный случай на производстве (включая случаи в пути); – профессиональное заболевание (по списку)	– несчастный случай на производстве (включая отдельные случаи в пути); – профессиональное заболевание (по списку)
Объект социальной защиты	Вероятность утраты возможности зарабатывать	Имущественные интересы пострадавшего
Виды выплат	– денежные выплаты (в т. ч. фиксированные); – медицинское обслуживание и иные выплаты	– денежные выплаты (в т. ч. единовременные); – проведение различных реабилитационных мероприятий

Из содержания таблицы можно сделать вывод о том, что нормы, заложенные как основополагающие принципы в российском законодательстве в сфере социальной защиты граждан, получивших повреждение здоровья в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, полностью идентичны мировым.

Перечень гарантированных застрахованному реабилитационных мероприятий содержится в ст. 8 закона 125-ФЗ, где среди иных видов обеспечения по страхованию указана оплата «дополнительных расходов на предоставление мер социальной, профессиональной и медицинской реабилитации». В наиболее ранние, а значит и наиболее оптимальные сроки, Фонд социального страхования может принять участие в реабилитации пострадавших после тяжёлых несчастных случаев на производстве, поскольку финансирование данных мероприятий законодательство позволяет начать уже с первого дня лечения [50]. В полном объёме компенсируются расходы на приобретение пострадавшими на производстве лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Если для компенсации или устранения ограничений жизнедеятельности, вызванных последствиями основного заболевания, пострадавший на производстве нуждается в предоставлении тех или иных технических средств реабилитации, в том числе автотранспорта, они предоставляются ему без ограничений, предусмотренных Федеральным перечнем [153]. Медицинская реабилитация в санаторно-курортных организациях и проезд к месту лечения и обратно также входят в перечень предоставляемых услуг. Оплачиваются услуги по бытовому и специальному медицинскому уходу, отпуск на весь период лечения. В части профессиональной реабилитации законодательством предусмотрена возможность оплаты профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования [180]. Само по себе наличие закрытого перечня означает, что оплате (или предоставлению) подлежат перечисленные реабилитационные мероприятия, при этом всегда остается вероятность невозмещения каких-либо затронутых интересов застрахованного [65].

Кроме того, реализация гарантий напрямую зависит от юридической техники авторов вышеприведенной статьи закона 125-ФЗ. Более чем 15-летняя практика применения закона, несмотря на внесенные в 2006 году изменения, свидетельствует о ее недостаточном уровне.

Нуждаемость застрахованного в том или ином виде реабилитации устанавливается учреждениями МСЭ [73] и указывается в специально созданном для этого документе – программе реабилитации пострадавшего вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания [72]. Только при таком условии страховщик осуществит оплату «дополнительных расходов» (статьи 8 и 15 закона 125-ФЗ). Условия, размеры и порядок оплаты таких расходов определяются Правительством Российской Федерации. Следует подчеркнуть, что термин «дополнительные расходы» используется в законе 125-ФЗ в контексте базовых категорий, закрепленных в Федеральном законе «Об основах обязательного социального страхования». Дополнительные расходы на реабилитацию не предполагают наличия основных расходов на эти цели. Здесь используется сформулированный в теории права социального обеспечения подход, согласно которому утрата заработка является основным видом социального страхового риска, а социально значимые расходы, детерминированные страховым случаем, – дополнительным.

Сопоставление видов реабилитационных мероприятий, предусмотренных для пострадавших на производстве, с нормами международного права и российским законодательством представлено в таблице 5. Проведенное сравнение показывает, что требования к государствам – участникам Конвенции в России уже на текущем этапе соблюдаются [161].

Таблица 5 – Виды реабилитационных мероприятий для пострадавших на производстве, предусмотренные нормами международного права и российским законодательством

Вид мероприятия	Конвенция МОТ № 121	Российское законодательство	
		Мероприятия	Финансирование
Медицинская помощь	Общеврачебная: амбулаторная; стационарная; на дому	Общеврачебная: амбулаторная; стационарная; на дому	За счет различных источников финансирования (страхование от НС и ПЗ, медицинское страхование)
	Стоматологическая	Стоматологическая	–
	Медицинский уход: стационарный; на дому	Медицинский уход: стационарный; на дому	За счет различных источников финансирования (страхование от НС и ПЗ, медицинское страхование)
	На рабочем месте: неотложная помощь при серьезном несчастном случае; лечение незначительных травм	На рабочем месте: – неотложная помощь при серьезном несчастном случае; лечение незначительных травм	За счет средств работодателя
Содержание в медицинских учреждениях	Да: в больницах; в санаториях и пр.	Да: в больницах; в санаториях и пр.	За счет различных источников финансирования (страхование от НС и ПЗ, медицинское страхование)
Лекарственное обеспечение	Частично	Да: лекарства; изделия медицинского назначения	За счет различных источников финансирования (страхование от НС и ПЗ, медицинское страхование, средства работодателя, личные средства)
Иные средства реабилитации	Да: протезирование; различные средства реабилитации; очки и т.п.; ремонт	Да: протезирование; технические средства реабилитации; их ремонт и замена	За счет различных источников финансирования (страхование от НС и ПЗ, медицинское страхование)
Иная помощь	Да	Да (профессиональная реабилитация)	За счет различных источников финансирования

Однако механизм реализации предусматривает разные источники финансирования. Например, за счет специального источника финансирования (страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний) оказывается только первичная медицинская помощь пострадавшим и исключительно при тяжелых несчастных случаях (исключая при этом услуги скорой помощи). Оказание же первичной помощи на рабочем месте лежит исключительно на плечах работодателя (как вмененная ему законодательством обязанность), включая и финансирование данных мероприятий [20].

Таким образом, сравнительный анализ российской системы социальной защиты лиц, пострадавших на производстве, свидетельствует о сходности её характеристик с системами, используемыми в европейских странах, как в части управления ею, так и в области социальных гарантий пострадавшим на производстве. В ряде случаев объём страхового обеспечения пострадавших в нашей стране выше, чем предусмотрено международными нормами.

Сравнительный анализ международных норм и основных положений российского законодательства, регулирующих возмещение ущерба здоровью пострадавших на производстве, показал, что все основные положения международных норм и правил в части объёма предоставляемых компенсационных мероприятий соблюдаются в полной мере. При этом существует ряд организационных и административных барьеров, препятствующих полномасштабной реализации реабилитационного потенциала пострадавших на производстве, что подтверждает актуальность данного исследования.

3.2 Анализ правовых и методических подходов к экспертизе трудоспособности

Трудовой кодекс Российской Федерации поясняет, что «трудовые отношения – отношения, основанные на соглашении между работником и работодателем о личном выполнении работником за плату трудовой функции в

интересах, под управлением и контролем работодателя, подчинении работника правилам внутреннего трудового распорядка при обеспечении работодателем условий труда, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором». При этом, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, трудовые отношения – это работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессией, специальностью, с указанием квалификации, конкретного вида поручаемой работнику работы.

Трудовая деятельность (труд) — целесообразная деятельность человека, направленная на приспособление среды обитания для удовлетворения своих потребностей, на превращение материальных и интеллектуальных ресурсов в нужный для личного или общественного потребления продукт, на производство товаров и услуг; продукт труда может быть выражен в стоимостной, денежной форме как полученный в результате его реализации доход или заработок [159].

В официальных документах приводится следующее определение: «...Трудовая деятельность – выполнение за плату работы по определенной специальности, квалификации или должности в соответствии с законодательством о труде, а также иная приносящая доход деятельность, осуществляемая физическим лицом...» [57].

С социально-гигиенических позиций понятие «способность к трудовой деятельности» (трудоспособность) выступает в качестве важнейшей категории жизнедеятельности человека, тесно связанной с таким основополагающим понятием социальной медицины, как «здоровье». В ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 [192] «здоровье определяется как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функции органов и систем организма».

С учётом данного определения здоровья под «способностью к трудовой деятельности» или «трудоспособностью» понимается динамическая совокупность врождённых и приобретённых (физических и духовных) способностей человека к

трудовым действиям, направленным на получение социально значимого результата в виде определённого продукта, изделия или услуги [140, 176].

Согласно официальным документам, «способность к трудовой деятельности – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объёму, качеству и условиям выполнения работы» [117].

Способность человека к труду подразделяется на общую и профессиональную (рисунок 1).

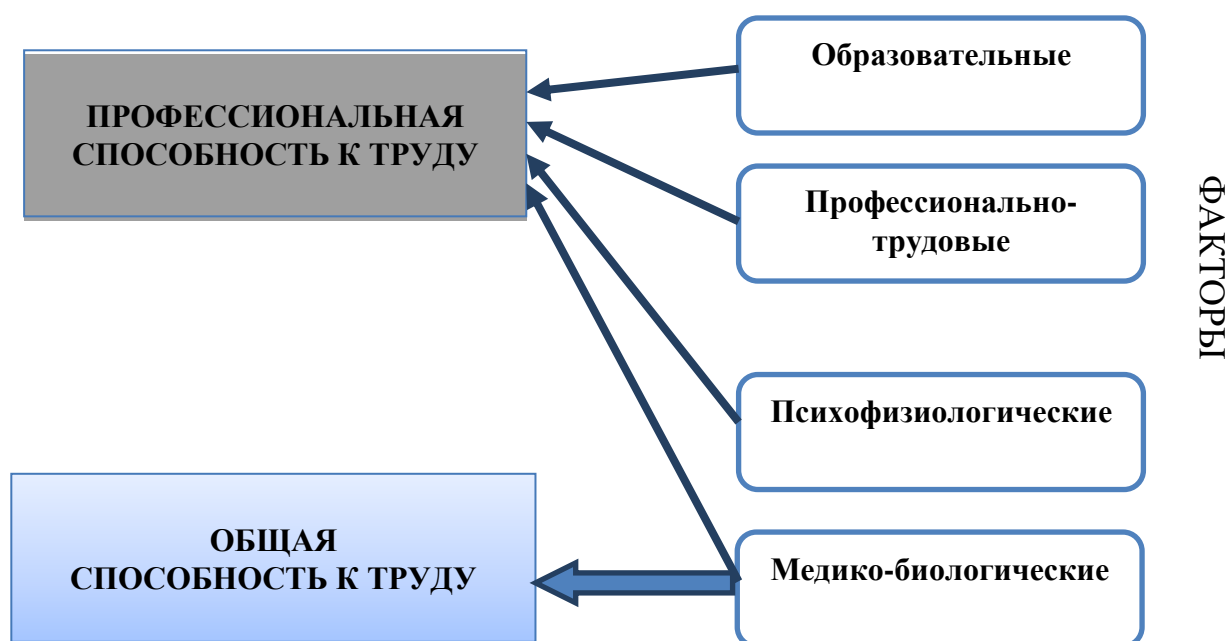


Рисунок 1 – Соотношение способностей к труду и факторов, влияющих на них

Под «общей трудоспособностью» понимается присущая всем здоровым людям врождённая способность к усвоению общих образовательных программ, к самообслуживанию, выполнению бытовой и несложных неквалифицированных видов трудовой деятельности. Общая трудоспособность определяется исключительно состоянием здоровья человека, то есть медико-биологическими факторами (уровнем физического и психического развития, состоянием органов и систем организма, процессом старения). При нарушениях в состоянии здоровья снижается и общая трудоспособность.

В каких же случаях можно констатировать отсутствие профессиональной трудоспособности? Очевидно, что к группе лиц, у которых отсутствует профессиональная трудоспособность, могут быть отнесены лица, работающие в профессиях неквалифицированного труда вне зависимости от полученного образования. Для неработающих лиц необходимо определить срок, по истечении которого профессиональная трудоспособность может считаться утраченной. В типичных случаях принято считать, что профессиональные навыки утрачиваются через 5 и более лет, что косвенно подтверждается сроками обязательных мероприятий по повышению квалификации в целом ряде специальностей (врачи, медицинские сестры, электротехнический персонал, специалисты по охране труда и т.д.).

На определении степени утраты общей трудоспособности в процентах построена экспертиза трудоспособности граждан вследствие болезни и травмы в большинстве зарубежных стран. Такой же подход, основанный исключительно на учёте медико-биологических факторов (анатомо-морфологических и функциональных), применялся для оценки общей трудоспособности в страховой медицине России в конце XIX – начале XX века. В качестве основного квалификационного признака и медицинского критерия стойкая утрата общей трудоспособности, выраженная в процентах, применяется в нашей стране и в настоящее время для оценки тяжести вреда, причинённого здоровью человека при проведении судебной медицинской экспертизы [172].

Основными составляющими общей способности человека к трудовой деятельности являются:

- способность осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений санитарно-гигиенических условий труда, дополнительных мер по организации труда, специального оборудования и оснащения, сменности, темпов, объема и тяжести работы;
- способность взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях;
- способность к мотивации труда;

- способность соблюдать рабочий график;
- способность к организации рабочего дня и трудового процесса во временной последовательности и др.

Иное содержание вкладывается в понятие «профессиональная трудоспособность» («специальная трудоспособность»), под которой понимается динамическая совокупность врождённых и приобретённых способностей человека (биологических, индивидуальных, личностных и социальных), позволяющих ему с должной производительностью и качеством выполнять профессиональную деятельность определённого объёма и квалификации [140, 175]. Для выполнения профессионального труда человек, наряду с общей трудоспособностью, должен обладать необходимыми психофизиологическими качествами, профессиональными знаниями и умениями, способностью эффективно, качественно и с должной производительностью их реализовывать в конкретном виде профессиональной деятельности.

Профессиональная трудоспособность характеризуется совокупностью следующих параметров:

- уровнем физического развития (особенностями антропометрических, соматометрических и физиометрических показателей);
- состоянием функций (психических, языковых, речевых, сенсорных, статодинамических, висцеральных – функций кровообращения, дыхания и др.);
- типологическими чертами личности (особенностями темперамента, эмоциональной устойчивости, психической активности, двигательных проявлений и т.д.);
- уровнем общей образовательной и профессиональной подготовки;
- наличием профессиональных знаний, навыков и умений, готовностью их реализовать в конкретной профессиональной деятельности.

Различия в понятиях «общая трудоспособность» и «профессиональная трудоспособность» определяют особенности их оценки. В отличие от общей, профессиональная трудоспособность устанавливается на основании результатов

совокупный оценки медико-биологических, социальных и профессиональных факторов и их соответствия друг другу.

Вызванные болезнью, травмой или увечьем нарушения функций организма, в зависимости от временного или стойкого их характера, могут приводить к временной или стойкой нетрудоспособности. В связи с этим выделяется два относительно самостоятельных вида экспертизы: экспертиза временной нетрудоспособности и экспертиза стойкой или постоянной утраты трудоспособности.

Под «стойкой утратой трудоспособности» понимается длительная (не менее 4–6 мес., с прогнозируемой продолжительностью более 1 года) полная или частичная утрата способности человека выполнять трудовую деятельность вследствие нарушения здоровья со стойким умеренным, выраженным или значительно выраженным расстройством функции организма, обусловленная заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Стойким нарушением функции организма признается нарушение, неустранимое разрешенными к применению лечебно-реабилитационными методами в ориентировочные сроки временной нетрудоспособности, установленные при наиболее распространенных заболеваниях и травмах. Понятие «стойкая утрата трудоспособности» в известной мере условно, ибо в ряде случаев после проведения соответствующих реабилитационных мероприятий (медицинских и профессиональных) может наступить полное или частичное восстановление не только общей, но и профессиональной трудоспособности.

Степень утраты общей и профессиональной трудоспособности устанавливается после определившегося исхода причиненного вреда здоровью.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в соответствии с Правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 16.10.2000 № 789 [132] (далее – Правила 789).

Методические подходы к определению утраты общей или профессиональной трудоспособности складываются из следующих этапов:

1. Определение стойкости утраты трудоспособности (стойкая или временная).

Стойкая – необратимая утрата (полностью или частично) общей трудоспособности; трактуется как утрата общей трудоспособности на продолжительный срок, может быть, на всю жизнь.

Степень утраты общей и профессиональной трудоспособности устанавливается после определившегося исхода причиненного вреда здоровью.

2. Определение вида утраты трудоспособности (профессиональная или общая).

3. Количественная оценка стойкой профессиональной или общей трудоспособности, которая производится на основании двух методических подходов, изложенных в Медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 02.04.2008 № 194н [139]:

а) степень утраты общей трудоспособности определяется в процентах, кратных пяти, в диапазоне от 5 до 100 % в соответствии с Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к Медицинским критериям.

б) степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в процентах, кратных десяти, в диапазоне от 10 до 100 % в соответствии с Правилами 789 и Временными критериями.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется с учетом имеющихся профессиональных способностей, психофизиологических возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать профессиональную деятельность, которую выполнял подэкспертный до изменения здоровья, того же содержания и в том же объеме выполняемой работы и тяжести труда в обычных, специально созданных производственных и иных условиях. Между причиненным вредом здоровью и утраченной функцией (или степенью ее утраты) должна быть причинная связь.

Согласно пункту 6.11 Медицинских критериев существует термин «*полная утрата профессиональной трудоспособности*».

Пункт 14 Правил 789 разъясняет, что «в случае если у пострадавшего наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма при наличии абсолютных противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности, даже в специально созданных условиях, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 100 процентов».

Вместе с тем термин «полная утрата профессиональной трудоспособности» вызывает дискуссию в научной и правовой литературе. Существует мнение, что под полной утратой профессиональной трудоспособности следует понимать утрату только основной профессии, что, на наш взгляд, категорически необоснованно. Так, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья трактует термин «полные проблемы» как «абсолютные проблемы, связанные с потерей способности на 96–100 %», то есть полную потерю способности к трудовой деятельности, включая работу в основной профессии.

Современная оценка профессиональной трудоспособности у лиц, пострадавших на производстве, основана на действующих нормативно-правовых актах Российской Федерации (таблица 6).

Вышеуказанные нормативные документы, касающиеся решения вопросов по оценке степени утраты профессиональной трудоспособности, приняты в начале 2000-х годов. В период их правоприменения (более 15 лет) выявились определённые недостатки законодательной базы, требующие конкретных разъяснений, научно-методического обеспечения и рекомендаций по совершенствованию их применения на практике.

Проблемы определения утраты профессиональной трудоспособности объясняются разными причинами.

Таблица 6 – Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие действующую модель экспертной оценки профессиональной трудоспособности у пострадавших на производстве по состоянию на 01.01.2021

Название документа	Выходные данные документа	Основное содержание по вопросам оценки профессиональной трудоспособности
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»	Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ	Определение основных понятий: «несчастный случай на производстве», «профессиональное заболевание», «профессиональная трудоспособность»
Правила установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	Постановление Правительства Российской Федерации от 16.10.2000 № 789	Порядок установления степени УПТ в процентах Основные методические подходы к установлению степени УПТ в процентах
Временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	Утверждены приложением № 1 к постановлению Минтруда России от 18.07.2001 № 56	Методика и критерии определения степени УПТ в процентах

Во-первых, трудностью оценки клинико-функциональных критериев. Зачастую сложно оценить вклад в общее нарушение функций организма профессиональной, производственно обусловленной и общесоматической патологий. Не всегда в направлениях на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, адекватно указывается и верифицируется вид и степень нарушения функций организма.

Во-вторых, трудностью оценки квалификационного критерия, особенно у лиц нерабочих профессий, а также в случае перемещения их из профессий физического труда в профессии умственного труда и наоборот.

В-третьих, особенностями экспертизы при повторных несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях, в том числе полученных на разных предприятиях и в разных профессиях.

Во Временных критериях отсутствует нормативное закрепление ряда основополагающих понятий медико-социальной экспертизы, например, таких как:

равноценная профессия, рациональное трудоустройство, уменьшение объема работы, обычные и специально созданные условия и др.

Документом регламентированы:

- 1) Общие принципы определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- 2) Критерии оценки способности к профессиональной деятельности;
- 3) Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

Основным методологическим принципом экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавшего является совокупный анализ следующих критериев: клинико-функциональных; характера профессиональной деятельности.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности учитывается выраженность нарушений функций организма подэкспертного, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, и других категорий жизнедеятельности. Характерным для травматических повреждений и профессиональных заболеваний является многообразие клинических проявлений, различных как по характеру, так и по степени выраженности нарушений функций [19]. Полиморфизм клинической картины у пострадавших может быть обусловлен наличием как прямых последствий травм, профзаболеваний, так и их осложнениями. В связи с этим методика экспертного обследования этой категории пострадавших требует проведения комплексного клинико-физиологического исследования с использованием современных методов диагностики и ретроспективного анализа посттравматического и предшествующего периодов развития профессионального заболевания, тщательного изучения анамнестических сведений, данных лечебно-профилактических учреждений, медицинской, экспертной документации и др. Анализ комплекса показателей клинико-физиологического характера способствует уточнению основных медико-биологических факторов (характера, степени нарушения функций, течения заболевания и др.), которые являются

основой клинико-функциональных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности.

За период действия Временных критериев существенные изменения претерпели классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы на предмет установления инвалидности, что требует своего рода «гармонизации» двух групп критериев.

Методика экспертного обследования больных требует проведения комплексного клинико-физиологического исследования с использованием современных методов лабораторной и инструментальной диагностики. Анализ комплекса показателей клинико-физиологического характера способствует уточнению основных медико-биологических факторов (характера, степени нарушения функций, течения заболевания и др.), которые являются основой клинико-функциональных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности. За последние 15 лет появились новые и получили широкое распространение ранее мало используемые методы биомедицинских исследований, утверждены новые клинические классификации заболеваний и их осложнений, что также требует определённой корректировки Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности.

Ведущим методологическим приемом медико-социальной экспертизы пострадавших является экспертно-реабилитационная диагностика, определяющая: наличие ограничений трудоспособности, ограничений других категорий жизнедеятельности; реабилитационный потенциал конкретного лица и возможность его реализации; наличие нарушений функций органов и систем, которые могут быть ликвидированы полностью или частично; наличие нарушений функций органов и систем, которые могут быть замещены или компенсированы; нуждаемость больного в мерах социальной защиты, включая медицинскую и профессиональную реабилитацию.

Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется с учетом имеющихся у пострадавшего профессиональных способностей,

психофизиологических возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать выполнять профессиональную деятельность, предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, того же содержания и в том же объеме либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема выполняемой работы и тяжести труда в обычных или специально созданных производственных условиях.

Основным методологическим принципом экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавшего является совокупный анализ следующих критериев: клинико-функциональных критериев, критериев способности к профессиональной деятельности, квалификационного критерия, критерия объема профессиональной деятельности, критерия категории (класса) тяжести труда, критерия категории (класса) напряженности труда.

Анализируя клинико-функциональные критерии, можно обратить внимание на ограниченную возможность их применения при ряде профессиональных заболеваний и производственных травм, в частности, таких как варикозная болезнь, токсические и вирусные поражения печени, различные виды анемий, заболевания, вызванные вирусом иммунодефицита человека, переломы черепа и лицевых костей, аллергические заболевания кожи, поражение периферических нервов и нервных сплетений, в том числе травматического генеза, дорсопатии, полиневропатии, заболевания верхних дыхательных путей, миопатозы и другие виды патологии работающей руки и т.д. В настоящее время экспертная диагностика при данных заболеваниях базируется только на оценке критериев способности к профессиональной деятельности. Такое их изолированное использование может носить субъективный характер. Вероятнее всего возможность принятия субъективного решения при использовании критериев способности к профессиональной деятельности может быть связана с тем, что в большинстве случаев освидетельствуются неработающие пострадавшие на производстве. Решение о возможном снижении квалификации и объема выполняемой работы в данном случае можно принять с известной долей

вероятности, лишь гипотетически рассматривая возможности рационального трудоустройства или профессиональной переподготовки.

Таким образом, методические подходы к экспертизе профессиональной трудоспособности и оценочные средства, содержащиеся в действующих нормативных документах, нуждаются в корректировке.

3.3 Действующие методы объективизации утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний: достоинства и недостатки

Имеющаяся на сегодняшний день нормативно-правовая база, безусловно, имеет ряд достоинств, позволивших пользоваться ею на протяжении длительного времени [42]. Так, к примеру, во Временных критериях, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 18.07.2001 № 56, определены подходы к экспертизе степени утраты профессиональной трудоспособности, обозначены общие принципы определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, прописаны критерии оценки способности к профессиональной деятельности, предложены подходы к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и приведены в ряде случаев экспертные примеры, облегчавшие на момент принятия этих Временных критериев работу экспертов. Несмотря на несомненные достоинства подхода, зарекомендовавшего себя за годы практического применения, выявились очевидные несоответствия и недостатки, приведшие со временем к признанию недействующими ряда подпунктов документа, что затрудняет его использование сегодня. Отдельные пункты, предполагающие возможность двоякого толкования, продолжают приводить пострадавших на производстве и специалистов бюро МСЭ в различные судебные инстанции [28]. Кроме того, обновление целого ряда нормативно-правовых актов в действующей законодательной базе приводит к необходимости приведения в соответствие документов, принятых ранее.

Установление степени утраты профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма регламентируется пунктом 20 Временных критериев и предполагает единственный вариант решения – установление 100 процентов утраты профессиональной трудоспособности. Таким образом, пострадавшие на производстве полностью исключаются из профессии, поскольку возможность создания необходимых для продолжения трудовой деятельности условий даже не рассматривается. Такое решение можно расценить как проявление косвенной дискриминации инвалидов, пострадавших на производстве, поскольку возможность разумного приспособления рабочего места при имеющемся безальтернативном подходе не рассматривается. С учетом того, что, в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, государства-участники обязуются обеспечивать и поощрять реализацию права на труд всеми инвалидами, используя для этого все доступные способы (приспособление рабочего места, программы профессиональной и квалификационной реабилитации, сопровождаемое трудоустройство и т.д.), отказ работодателя от проведения данных мероприятий может рассматриваться как отказ в разумном приспособлении и проявление дискриминации. В связи с этим данный пункт Временных критериев нуждается в корректировке.

В настоящее время при выраженных нарушениях функций организма степень утраты профессиональной трудоспособности может быть установлена на уровне 70 или 80 процентов в зависимости от снижения или сохранения уровня квалификации. При этом указывается на то, что пострадавший может продолжать работу в специально созданных производственных условиях, под которыми «понимается организация работы, при которой пострадавшему устанавливаются сокращенный рабочий день, индивидуальные нормы выработки, дополнительные перерывы в работе, создаются соответствующие санитарно-гигиенические условия, рабочее место оснащается специальными техническими средствами, проводятся систематическое медицинское наблюдение и другие мероприятия» [36, 144]. Данное определение в большей степени соответствует международному понятию «Адаптация места работы» [37] и охватывает все возможные варианты

изменения производственной среды, используемые при любых нарушениях функций организма, в том числе умеренных и незначительных, ведущих к снижению профессиональной трудоспособности, при этом оно не встречается ни в одном из кодификационных нормативных актов. Учитывая выраженность функциональных нарушений, для поддержания профессиональной трудоспособности требуется создание специальных рабочих мест, предусмотренных Федеральным законом № 181-ФЗ. Под специальными рабочими местами понимаются «рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов» [194]. В целях обеспечения занятости пострадавшего на производстве могут быть использованы такие мероприятия, как:

- обеспечение доступности существующих объектов и информации для лица в конкретной ситуации;
- адаптация или приобретение оборудования;
- реорганизация трудового процесса;
- пересмотр графика работы;
- подготовка индивидуальных учебных материалов;
- адаптация учебных планов к способностям человека;
- корректировка лечебных процедур;
- создание специальных коммуникационных условий;
- расширение доступа вспомогательного персонала к объектам ограниченного пользования и т.д.

Рекомендации по оснащению специальных рабочих мест даются учреждениями медико-социальной экспертизы в соответствующем разделе ПРП. Таким образом, именно необходимость создания специальных рабочих мест может быть более адекватным квалификационным критерием при установлении

степени УПТ пострадавшим на производстве с выраженными нарушениями функции организма.

При описании методики установления степени УПТ при умеренных и незначительных нарушениях функций организма используется термин «обычные условия труда», определение которого в нормативных документах Российской Федерации отсутствует. При этом критериями снижения степени УПТ при умеренных и незначительных нарушениях функций организма являются снижение объёма производственной деятельности, категории тяжести труда, изменение условий труда, что, исходя из представленного выше определения, переводит обычные условия труда в специально созданные. Это ещё раз подтверждает целесообразность замены для целей медико-социальной экспертизы степени УПТ пострадавших на производстве термина «специально созданные производственные условия» на термин «специальные рабочие места».

Таким образом, внесение изменений в действующие Временные критерии обусловлено не только изменением методических подходов к оценке ограничений жизнедеятельности, но и требованиями международных документов.

При написании данной главы использовались следующие публикации автора:

1. Механизм оплаты расходов на стационарное лечение пострадавших от несчастных случаев на производстве / В.В. Стожаров, М.А. Севастьянов, А.А. Закарян, М.В. Богданов, Н.В. Разумный // Методические рекомендации. – Санкт-Петербург, 2004. – 28 с.

2. Севастьянов, М.А. Организационные, правовые и финансовые механизмы возмещения расходов на стационарное лечение пострадавших от тяжёлых несчастных случаев на производстве / В.В. Стожаров, М.А. Севастьянов, А.А. Закарян // Методические рекомендации. – Санкт-Петербург, 2007. – 26 с.

3. Правоприменительная практика по вопросам обеспечения пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний техническими средствами реабилитации // И.А. Божков, О.В. Владимирова, М.В. Коробов, М.А. Севастьянов, А.А. Божков, О.В. Вардосанидзе /

Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2014. – № 3. – С. 31–40.

4. Медико-социальное обеспечение пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний / М.А. Севастьянов, О.Н. Владимирова, Н.Л. Шапорова, О.В. Дудина, И.А. Божков // Российский семейный врач. – 2015. – № 1(19). – С. 44–48.

5. Нормативно-правовые вопросы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве: сравнительный анализ российского и международного законодательства / И.А. Божков, С.У. Дикаев, О.В. Владимирова, М.А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2016. – № 3 (95). – С. 96–103.

6. Роль учреждений медико-социальной экспертизы в организации страхового обеспечения и реабилитации пострадавших на производстве // И.А. Божков, О.В. Владимирова, М.В. Коробов, М.А. Севастьянов / Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 1. – С. 11–18.

7. Пути оптимизации механизмов определения размеров вреда здоровью пострадавших от внешних воздействий / И.А. Божков, С.У. Дикаев, О.В. Владимирова, Г.О. Пенина, М.А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2017. – № 3 (101). – С. 74–79.

8. Медико-социальная помощь и реабилитация пострадавших на производстве : учебное пособие / И.А. Божков, М.А. Севастьянов, Н.Л. Шапорова, В.Н. Яблонская. – Санкт-Петербург, 2019. – 40 с.

9. Вопросы экспертизы и реабилитации пострадавших на производстве : учебное пособие / И.А. Божков, М.А. Севастьянов, Г.О. Пенина, И.В. Деденева, И.А. Чистякова. – Санкт-Петербург, 2019. – 44 с.

10. Методические основы установления степени утраты профессиональной трудоспособности медицинским работникам по последствиям коронавирусной инфекции / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, О.В. Владимирова, С.А. Бондарев,

А.В. Дидилев, Г.Н. Пономаренко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 3. – С. 89–97.

ГЛАВА 4. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ФОРМИРОВАНИИ И СТРУКТУРУ КОНТИНГЕНТА ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

4.1 Основные тенденции формирования контингента пострадавших на производстве и факторы, оказывающие наиболее существенное влияние на динамику изменений

По данным Росстата, в период с 2007 по 2018 год численность населения в Российской Федерации увеличивалась с 142,9 до 146,9 млн человек. Численность населения несущественно, но ежегодно и стабильно, возрастала. Средний темп прироста составил 0,25 % в год ($m = 0,16$, $\sigma = 0,53$, доверительный интервал – ДИ (95 %) – 0,35). В анализируемом периоде, в соответствии с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года» [150], утверждённой в 2008 году, Правительством Российской Федерации (далее – Концепция) был предпринят ряд мер в сфере демографии и здоровья населения, направленных на стабилизацию демографической обстановки в обществе, повышение уровня занятости различных групп населения, в том числе инвалидов. Реализация дополнительных мероприятий в сфере занятости населения предусматривалась такими нормативными актами, как:

- постановление Правительства РФ от 31.12.2008 № 1089 [137];
- распоряжение Правительства РФ от 25.12.2012 № 2524-р [151];
- распоряжение Правительства РФ от 15.10.2012 № 1921-р [149];
- распоряжение Правительства РФ от 30.11.2010 № 2136-р [152];
- постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 298 [130].

Государство стимулировало трудовую занятость инвалидов [68], пенсионеров, реализовывало программы по дополнительному профессиональному образованию и профессиональной переподготовке безработных, женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребёнком, и т.д.

Однако к опережающему росту численности занятых в экономике это не привело. Данный показатель рос пропорционально увеличению общей численности населения. Темп прироста численности занятых в экономике за 2007–2018 годы составил 0,48 % ($m - 0,53$ $\sigma - 1,76$, ДИ (95 %) – 1,18). В абсолютных величинах за 12 лет численность занятых в экономике выросла с 68,0 до 72,1 млн человек.

При сравнении темпов прироста общей численности населения и численности населения, занятого в экономике, установлено отсутствие статистически значимых различий ($t = 0,42$, при $t_{\text{критич.}} = 1,81$, $p < 0,05$), доля лиц, занятых в экономике, в общей численности населения остаётся практически неизменной (таблица 7).

Таблица 7 – Соотношение численности населения Российской Федерации и среднегодовой численности занятых в экономике

Год	Численность населения на 1 января, тыс. чел.	Темп прироста, %	Среднегодовая численность занятых в экономике (по видам экономической деятельности), тыс. чел.	Темп прироста, %	Доля занятых в экономике, %
2007	142862,7		68019		47,6
2008	142747,5	-0,08	68474	0,67	48,0
2009	142737,2	-0,01	67343	-1,65	47,2
2010	142833,5	0,07	67493	0,22	47,3
2011	142865,4	0,02	67644	0,22	47,3
2012	143056,4	0,13	67968	0,48	47,5
2013	143347,1	0,20	67901	-0,10	47,4
2014	143666,9	0,22	67813	-0,13	47,2
2015	146267,3	1,81	68389	0,85	46,8
2016	146544,7	0,19	72065	5,38	49,2
2017	146804,4	0,18	71843	-0,31	48,9
2018	146880,4	0,05	71562	-0,39	48,7
Средние значения	–	0,25	–	0,48	–

Таким образом, несмотря на реализацию целого ряда государственных программ и системных мероприятий, добиться опережающего роста среднегодовой численности занятых в экономике граждан за анализируемый период не удалось.

Расходы работодателей на различные мероприятия по охране труда за двенадцатилетний период существенно выросли. Если в 2007 году они составляли 4725,5 руб. на 1 работающего, то к 2018 году достигли 14246,4 руб. (рост более чем в 3 раза или на 200 %). Также ежегодно росли и расходы Фонда социального страхования Российской Федерации на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма, к которым, в том числе, относятся, помимо мероприятий, непосредственно направленных на модернизацию оборудования, ещё и приобретение средств индивидуальной защиты, проведение периодических медицинских осмотров и специальной оценки условий труда (таблица 8).

Таблица 8 – Динамика расходов на мероприятия по охране труда в Российской Федерации в 2007–2018 годах

Год	Израсходовано средств на мероприятия по охране труда в расчёте на 1 работающего, руб.	Финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников	
		Профинансировано предприятий, шт.	Объём финансирования, тыс. руб.
2007	4725,5	18985	3168,2
2008	5505,9	19896	3798,4
2009	6493,1	19407	4298,8
2010	6724,2	24642	4623,6
2011	7966,2	27628	5419,6
2012	8758,1	27658	6332,5
2013	8881,3	29397	7647,6
2014	9615,5	36101	8862,8
2015	10930,4	44502	9527,4
2016	11479,8	45112	10104,4
2017	12964,7	45614	10578,6
2018	14246,4	47530	10979,4

За анализируемый период численность пострадавших в результате несчастных случаев на производстве снизилась с 66,1 тыс. человек в 2007 году до 23,6 тыс. человек в 2018 году (рисунок 2).

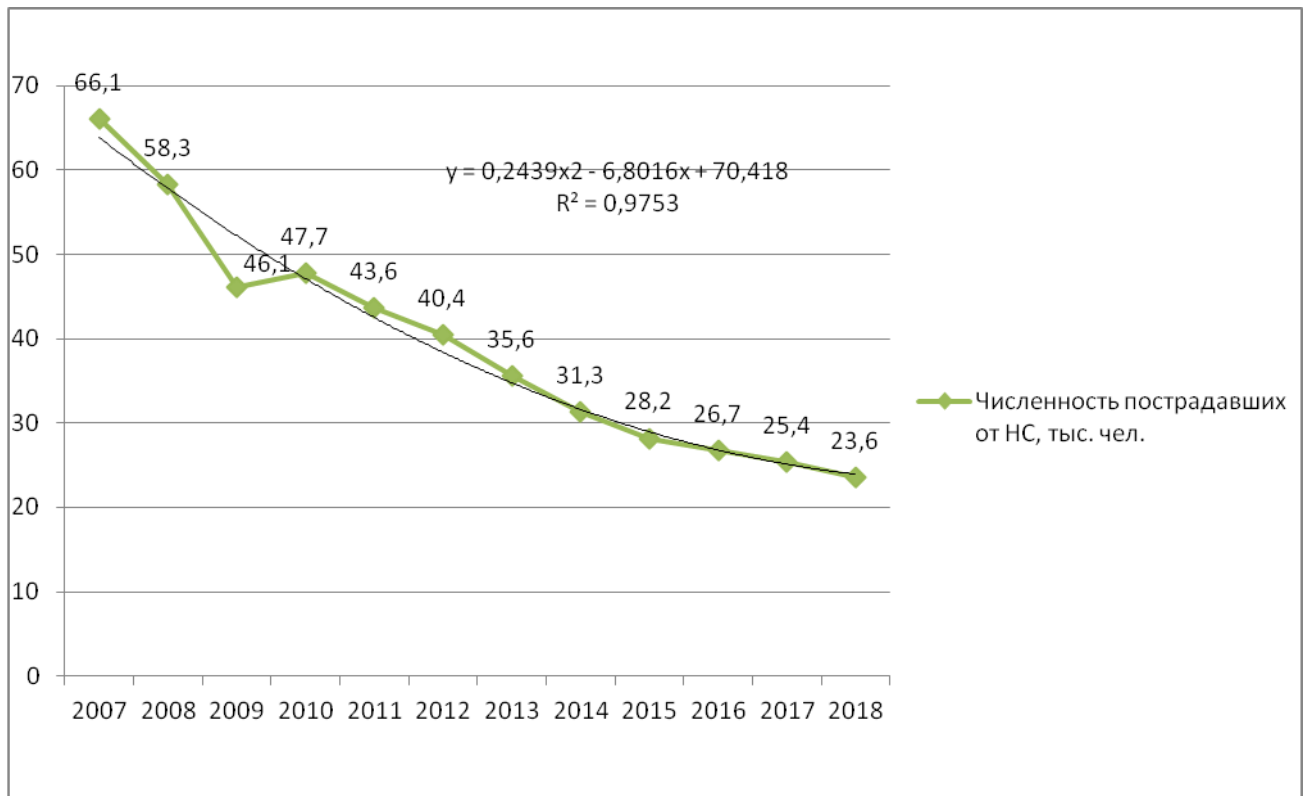


Рисунок 2 – Динамика численности несчастных случаев на производстве в Российской Федерации за 12 лет (2007–2018 гг.)

Численность пострадавших на производстве со впервые выявленными профессиональными заболеваниями также упала с 7501 человек в 2007 году до 3323 человек в 2018 году. При этом следует обратить внимание на то, что в Российской Федерации наряду с профессиональной заболеваемостью, рассматривается так называемая, производственно обусловленная заболеваемость, которая характеризуется тенденцией к повышению по мере увеличения стажа работы в неблагоприятных условиях. К примеру, работа в условиях воздействия органической пыли в концентрациях, не превышающих ПДК, приводит к росту распространённости хронических заболеваний верхних дыхательных путей, работа в ночные смены с продолжительностью рабочего дня более 8 часов обуславливает рост распространённости заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний и патологии пищеварительного тракта, что в большинстве стран с развитой экономикой является критерием отнесения заболеваний данных групп к профессиональным, однако в Российской

Федерации, статус данных заболеваний, как производственно обусловленных - сохраняется.

Проведённый в процессе работы анализ показал, что соотношение между числом несчастных случаев на производстве со смертельным исходом и общим числом несчастных случаев (S), которое используется МОТ при оценке достоверности статистики производственного травматизма, в анализируемом периоде не претерпело существенных изменений. Число несчастных случаев на производстве со смертельным исходом снижалось пропорционально общему числу несчастных случаев, средние темпы прироста (убыли) достоверно не отличались друг от друга ($t=0,11$, при $t_{\text{критич.}}=1,81$). Из этого можно сделать вывод о том, что уровень достоверности статистического учёта производственных травм в анализируемом периоде существенно не изменился (таблица 9).

Таблица 9 – Динамика соотношения между числом несчастных случаев со смертельным исходом и общим числом несчастных случаев в Российской Федерации за 12 лет (2007–2018 гг.)

Год	Численность пострадавших от НС, тыс. чел.	Темп прироста, %	Из них со смертельным исходом	Темп прироста, %	S (соотношение между числом несчастных случаев со смертельным исходом и общим числом несчастных случаев)
2007	66,1	–	2986	–	1:22
2008	58,3	–11,80	2550	–14,60	1:23
2009	46,1	–20,93	1967	–22,86	1:23
2010	47,7	3,47	2004	1,88	1:24
2011	43,6	–8,60	1824	–8,98	1:24
2012	40,4	–7,34	1820	–0,22	1:22
2013	35,6	–11,88	1699	–6,65	1:21
2014	31,3	–12,08	1456	–14,30	1:22
2015	28,2	–9,90	1288	–11,54	1:22
2016	26,7	–5,32	1290	0,16	1:21
2017	25,4	–4,87	1138	–11,78	1:22
2018	23,6	–7,09	1072	–5,80	1:22
Средний темп прироста, %	–	–8,76	–	–8,61	–

В то же время при сравнительном анализе динамики тяжёлых несчастных случаев на производстве за 2007–2018 годы выявлено, что средний темп прироста (снижения) общего количества несчастных случаев на производстве составляет 8,76 % в год ($m - 1,81 \%$, $\sigma - 6,0 \%$, ДИ (95 %) – 4,03), при этом темп прироста (снижения) количества тяжёлых несчастных случаев почти в два раза ниже и составляет 4,62 % в год ($m - 1,42 \%$, $\sigma - 6,78 \%$, ДИ (95 %) – 4,56).

Различия средних темпов прироста (убыли) достоверны ($t = 2,24$, при $t_{\text{критич.}} = 1,81$, $p < 0,05$). Доля тяжёлых несчастных случаев в структуре производственного травматизма также ежегодно растёт с 12,88 % в 2007 году до 21,19 % в 2018 году, что, в свою очередь, приводит к росту средней продолжительности временной нетрудоспособности с 41,2 дня в 2007 году до 49,3 дня в 2018 году.

Всё это косвенно подтверждает выводы международных экспертов о возможном сокрытии несчастных случаев на производстве российскими работодателями, при этом, как показали результаты анализа, наиболее часто осуществляется сокрытие лёгких несчастных случаев (таблица 10).

Таблица 10 – Динамика изменения структуры и числа несчастных случаев на производстве в Российской Федерации за 12 лет (2007–2018 гг.)

Год	Численность пострадавших от НС, тыс. чел.	Темп прироста, %	Количество тяжёлых НС (данные ФСС)	Темп прироста, %	Доля тяжёлых НС в общей численности, %
2007	66,1	–	8515	–	12,88
2008	58,3	–11,80	8431	–0,99	14,46
2009	46,1	–20,93	7334	–13,01	15,91
2010	47,7	3,47	7298	–0,49	15,30
2011	43,6	–8,60	7375	1,06	16,92
2012	40,4	–7,34	6739	–8,62	16,68
2013	35,6	–11,88	6509	–3,41	18,28
2014	31,3	–12,08	6153,0	–5,47	19,66
2015	28,2	–9,90	6180	0,44	21,91
2016	26,7	–5,32	5524	–10,61	20,69
2017	25,4	–4,87	5143	–6,90	20,25
2018	23,6	–7,09	5001	–2,76	21,19
Средний темп прироста, %	–	–8,76	–	–4,62	–

Возможность ущемления прав работников при трудоустройстве также нашла своё подтверждение в ходе исследования. Так, среди занятых в экономике ежегодно снижается численность застрахованных от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (рисунок 3). Средний ежегодный темп прироста отрицательный и составляет 2 % ($m - 0,71\%$, $\sigma - 2,37\%$, ДИ (95 %) – 1,59). Доля застрахованных среди занятых на производстве за 12 лет упала с 93,2 до 70,7 %. Данная тенденция не может считаться благоприятной, поскольку отражает реальное снижение уровня социальной защищённости работающего населения и с большой долей вероятности подтверждает рост «серой» занятости без уплаты работодателями страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации. В свою очередь, это приводит к снижению уровня регистрации несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и ограничению возможности использования средств социального страхования для лечения и реабилитации наёмных работников в случае возникновения ущерба здоровью.

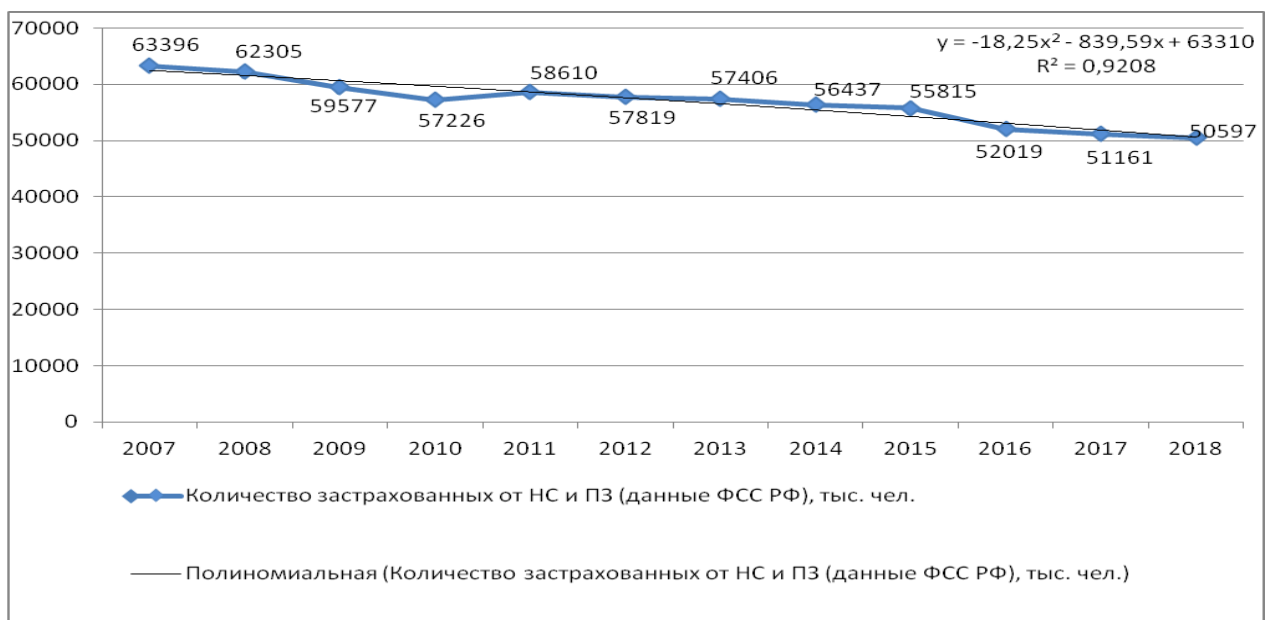


Рисунок 3 – Динамика численности застрахованных от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации за 12 лет (2007–2018 гг.)

Таким образом, на фоне незначительного роста числа лиц, занятых в экономике, на фоне роста общей численности населения количество регистрируемых несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за последние 12 лет существенно снизилось. Так, более чем в 2,5 раза упало количество зарегистрированных несчастных случаев на производстве. За этот период времени существенно возросли расходы работодателей и Фонда социального страхования на мероприятия по охране труда, что можно признать основной причиной улучшения ситуации. Анализ влияния недостоверности учёта несчастных случаев на производстве на их количество показал, что за последние 12 лет существенных изменений показателя S (соотношение между числом несчастных случаев на производстве со смертельным исходом и общим числом зарегистрированных несчастных случаев на производстве за календарный год) не произошло. В то же время имеющееся соотношение на уровне 1:21 – 1:23 существенно отличается от аналогичных соотношений в странах с развитой экономикой (1:50 – 1:200 – 1:500) [250]. Косвенным подтверждением недостаточного учета лёгких несчастных случаев на производстве является более медленное снижение числа тяжелых несчастных случаев на производстве по сравнению с лёгкими и рост их доли в общей численности несчастных случаев с 12,9 % в 2007 году до 21,2 % в 2018 году. Очевидно, что сокрытие тяжёлого несчастного случая на производстве представляет для работодателя определённые трудности [22]. В первую очередь, это обусловлено заинтересованностью самого работника, поскольку регистрация несчастного случая на производстве существенно повышает его юридическую и социальную защищённость [111, 165]. В то же время объём социальных гарантий при легком несчастном случае на производстве и бытовой травме фактически одинаков, что позволяет работодателю избегать их регистрации «по соглашению сторон» [186].

Вторым фактором, негативно сказывающимся на уровне социальной защиты трудоспособного населения в случае реализации риска повреждения здоровья на производстве, является ежегодное снижение численности лиц, застрахованных в системе обязательного социального страхования от данного

вида рисков. Доля застрахованных среди занятых на производстве за 12 лет упала с 93,2 до 70,7 %. Данный факт не может не отразиться на регистрируемом уровне несчастных случаев на производстве, поскольку отражает уровень «серой» занятости, не предусматривающей уплаты страховых взносов и предоставления социальных гарантий в случае несчастных случаев на производстве, что в определённой мере снимает с работодателя обязанности по регистрации производственных инцидентов.

4.2 Анализ контингента пострадавших на производстве со стойкими нарушениями профессиональной трудоспособности

Ежегодно снижается общее количество получателей страховых выплат в связи с причинением вреда здоровью в результате производственной травмы или профессионального заболевания [78], что, очевидно, связано с общей тенденцией по снижению производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в России (таблица 11).

Таблица 11 – Динамика численности пострадавших на производстве – получателей страховых выплат в Российской Федерации за 12 лет по данным ФСС РФ (2007–2018 гг.)

Год	Количество получателей (чел.)	Расходы на ежемесячные страховые выплаты (тыс. руб.)	Размер средней выплаты на 1 пострадавшего в мес., (тыс. руб.)	Расходы на реабилитацию (тыс. руб.)	Средняя сумма на 1 пострадавшего в год, (тыс. руб.)
2007	552018	25322432,83	4,07	3282503,2	5,95
2008	536746	27676362,87	4,42	4148450,3	7,73
2009	527379	31806969,39	5,11	5082220,2	9,64
2010	518574	35349652,3	5,87	5447179,2	10,50
2011	511908	38798600,83	6,54	5957504,2	11,64
2012	504102	41421311,21	7,08	6696966	13,28
2013	495643	44155401,13	7,65	7309515,8	14,75
2014	489151	46890055,09	8,18	7921303,4	16,19
2015	477947	49966281,26	8,7	8740472,9	18,29
2016	470313	52801805,32	9,4	9605876	20,42
2017	465507	55264340,22	9,93	9823177,6	21,10
2018	453321	56484786,95	10,32	10607743,1	23,40

На фоне снижения общей численности пострадавших на производстве общие расходы Фонда социального страхования, связанные со страховым обеспечением, за анализируемый период существенно выросли. Так, суммарные расходы на реабилитацию пострадавших на производстве увеличились более чем в 3 раза, а расходы в расчёте на одного застрахованного более чем в 4 раза, что позволяет ожидать роста положительных результатов реабилитации пострадавших на производстве.

По данным формы 7-собес, за период с 2014 по 2019 год включительно ежегодно впервые освидетельствуются в связи со стойкой утратой профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний от 8,6 до 13,8 тыс. человек. От 116 до 133 тыс. человек переосвидетельствуются на предмет установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и определения нуждаемости в мерах по реабилитации (таблица 12).

Таблица 12 – Результаты освидетельствования и переосвидетельствования пострадавших на производстве в Российской Федерации за 2014–2019 гг.

Год	Освидетельствовано первично			Освидетельствовано повторно		
	Установле-на степень УПТ и разработа-на ПРП, чел.	Разработана только ПРП, чел.	Степень УПТ не установле-на, ПРП не разработа-на, чел.	Установле-на степень УПТ и разработа-на ПРП, чел.	Разработана только ПРП, чел.	Степень УПТ не установлена, ПРП не разработана, чел.
2014	13182	561	1869	52339	67271	695
2015	12317	584	1852	45517	74331	592
2016	11068	774	1632	41447	74085	255
2017	10072	742	1481	37650	76455	188
2018	8673	672	1385	32218	75873	165
2019	8127	557	1202	27008	80657	138

Определение потребности в мерах по реабилитации может осуществляться на 6 месяцев, 1 или 2 года. В подавляющем большинстве случаев ПРП разрабатывается на 2 года с последующим переосвидетельствованием. Таким образом, за двухлетний период большинство пострадавших на производстве,

получающих те или иные реабилитационные мероприятия, проходит медико-социальную экспертизу хотя бы один раз. Сравнивая количество пострадавших, освидетельствуемых в течение двух лет, с количеством получателей страховых выплат, можно сделать вывод о том, что около 50–60 % пострадавших на производстве остаются вне поля зрения экспертов и, скорее всего, при установлении степени УПТ бессрочно по тем или иным причинам перестают обращаться на МСЭ для разработки ПРП с определением потребности в реабилитационных мероприятиях.

Ежегодное снижение числа первичных освидетельствований закономерно на фоне снижения производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Общее количество переосвидетельствований также снижается, при этом существенно увеличивается доля тех кто, имея установленную бессрочно степень УПТ, проходит освидетельствование только для определения нуждаемости в реабилитационных мероприятиях. Подобное соотношение существенно сужает поле для мероприятий по профессиональной реабилитации пострадавших на производстве.

Анализ структуры инвалидности и выраженности УПТ показал, что среди пострадавших на производстве со стойкой утратой профессиональной трудоспособности преобладают лица с незначительными функциональными нарушениями и степенью утраты профессиональной трудоспособности от 10 до 30 % (66–88 % при первичном и 50–57 % при повторном освидетельствовании), что не приводит к определению группы инвалидности. Второе ранговое место принадлежит пострадавшим с умеренными нарушениями функций и УПТ на уровне 40–60 % и третьей группой инвалидности, на долю пострадавших с выраженными и значительно выраженными нарушениями функции суммарно приходится менее 10 % при первичном и менее 20 % при повторном освидетельствовании (таблица 13).

Обращает на себя внимание устойчивая положительная динамика по снижению размеров ущерба, причиненного здоровью пострадавших на производстве [7]. Если в 2014 году незначительные нарушения функции при

первичном освидетельствовании на уровне 10–30 % УПТ выявлялись у 66,3 % освидетельствуемых, то к 2019 году данный показатель возрос до 86,86 %. На фоне роста доли тяжёлых несчастных случаев в структуре производственного травматизма (см. раздел 3.1) снижение выраженности неблагоприятных для здоровья последствий может в первую очередь свидетельствовать об эффективности проводимых мероприятий по ранней реабилитации пострадавших на производстве, что подтверждается рядом авторов: Р. Зеленецкая (2016) [62], О.А. Иштерякова (2016) [74], Дымочка М.А. (2017) [69].

Таблица 13 – Динамика структуры пострадавших на производстве в зависимости от результатов освидетельствования в Российской Федерации за 2014–2019 гг.

Год	Первичное освидетельствование				Повторное освидетельствование			
	Доля 100% УПТ, %	Доля 70–80% УПТ, %	Доля 40–60% УПТ, %	Доля 10–30% УПТ, %	Доля 100% УПТ, %	Доля 70–80% УПТ, %	Доля 40–60% УПТ, %	Доля 10–30% УПТ, %
2014	1,4	6,7	25,6	66,3	2,7	12,0	34,7	50,6
2015	1,2	5,0	20,5	73,3	2,9	12,6	35,0	49,6
2016	1,0	4,8	17,2	77,0	2,7	11,4	32,9	53,0
2017	1,0	4,1	16,7	78,2	2,6	10,7	31,4	55,2
2018	0,5	2,3	9,1	88,1	2,6	10,3	30,9	56,2
2019	0,7	2,7	9,8	86,9	2,6	10,2	30,3	57,0

В Российской Федерации среди впервые направленных в учреждения МСЭ для установления степени УПТ в процентах с 2014 по 2019 год подавляющее большинство граждан было трудоспособного возраста – около 80 % (таблица 14), что позволяет надеяться на успешную профессиональную реабилитацию и восстановление трудоспособности [32, 33, 53, 66].

Среди лиц, повторно направленных для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах в учреждения медико-социальной экспертизы в Российской Федерации, с 2014 по 2019 год отмечалась тенденция к увеличению удельного веса лиц пенсионного возраста с 47,0 до 60,1 %.

Таблица 14 – Удельный вес граждан пенсионного возраста среди впервые и повторно освидетельствованных для установления степени УПТ в процентах в Российской Федерации с 2014 по 2019 год (абс., %)

Годы	Количество впервые направленных (абс.)	Количество граждан пенсионного возраста (абс.)	Удельный вес (%)	Количество повторно направленных (абс.)	Количество граждан пенсионного возраста (абс.)	Удельный вес (%)
2014	16178	3092	19,1	122153	57382	47,0
2015	14962	2967	19,8	122500	61149	49,9
2016	13696	2706	19,8	116937	60928	52,1
2017	12461	2535	20,3	115072	62988	54,7
2018	10864	2359	21,7	108761	62218	57,2
2019	9947	2163	21,7	108156	65035	60,1

Также следует отметить, что, несмотря на прогрессирующее снижение количества зарегистрированных случаев производственных травм и профессиональных заболеваний в Российской Федерации, количество освидетельствованных лиц в учреждениях медико-социальной экспертизы, которым была установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах, сократилось только на 14,6 %.

Таким образом, рост расходов средств социального страхования в расчёте на одного пострадавшего на производстве, преобладание в структуре контингента лиц с незначительными и умеренными нарушениями функций и лиц, находящихся в трудоспособном возрасте, создают широкое поле для реализации имеющегося реабилитационного потенциала и продолжения профессиональной карьеры пострадавших на производстве.

4.3 Анализ нуждаемости пострадавших на производстве в реабилитационных мероприятиях, социально-экономических показателей возмещения вреда здоровью и результатов реабилитации

Анализ нуждаемости пострадавших на производстве в различных реабилитационных мероприятиях в соответствии с разработанными программами реабилитации за 2014–2019 годы показал, что наиболее высока их потребность в

лекарственных средствах. К примеру, в 2018–2019 годах рекомендации по обеспечению препаратами были вынесены более чем в 85 % освидетельствований (85,7 и 86,4 на 100 человек, соответственно), в санаторно-курортном лечении нуждалось 84,4 и 86,5 на 100 человек, соответственно, в мероприятиях по профессиональной реабилитации – 61,8 и 62,8 на 100 человек, соответственно (таблица 15). При этом необходимо помнить, что программы реабилитации пострадавших на производстве имеют около трети всех получателей выплат [112].

Таблица 15 – Рекомендации по реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2018–2019 гг. по Российской Федерации, абс. и на 100 чел.

Показатель	Годы			
	2018		2019	
	абс.	на 100 чел.	абс.	на 100 чел.
Выдано ПРП, всего	117187	–	116175	–
Нуждаемость в лекарственных средствах	100458	85,7	100403	86,4
Изделия медицинского назначения	32406	27,7	34393	29,6
Посторонний специальный медицинский уход	1264	1,1	1309	1,1
Посторонний бытовой уход	3382	2,9	3435	3,0
Санаторно-курортное лечение	98887	84,4	100506	86,5
Профессиональная реабилитация	72394	61,8	72973	62,8
Технические средства реабилитации	23372	19,9	24430	21,0
Специальное транспортное средство	1946	1,7	1819	1,6

В технических средствах реабилитации (включая ПОИ) нуждаемость составила 19,9 и 21,0 на 100 человек, соответственно, в абсолютном значении – 23,3 и 24,4 тыс. человек, соответственно.

Данные о нуждаемости лиц, пострадавших на производстве, в отдельных технических средствах реабилитации в 2018–2019 годах представлены в таблице 16.

Структура потребности пострадавших на производстве в технических средствах реабилитации достаточно стабильна. Первое ранговое место в ней занимают протезно-ортопедические изделия и ортопедическая обувь, за ними следуют трости, костыли и опоры, замыкают тройку слуховые аппараты [8].

Основные отличия в структуре потребностей пострадавших на производстве и инвалидов в результате общего заболевания будут представлены в главе 5.

Таблица 16 – Рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2018–2019 гг. по Российской Федерации, абс. и %

Показатель	Годы			
	2018		2019	
	абс.	%	абс.	%
ПРП с заключениями о нуждаемости в ТСР, из них:	23372	100	24430	100
Трости, костыли, опоры, поручни	10072	43,1	10752	44,0
Кресла-коляски с ручным приводом	1485	6,4	1628	6,7
Кресла-коляски с электроприводом	23	0,1	0	0,0
Протезы, в т. ч. эндопротезы, ортезы	11417	48,8	12140	49,7
Ортопедическая обувь	4306	18,4	6620	27,1
Противопролежневые матрасы и подушки	822	3,5	927	3,8
Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов	117	0,5	139	0,6
Специальная одежда	930	4,0	1126	4,6
Специальные устройства для чтения говорящих книг, для оптической коррекции слабовидения	82	0,4	85	0,3
Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом	60	0,3	62	0,3
Сигнализаторы звука	232	1,0	395	1,6
Слуховые аппараты	4018	17,2	4281	17,5
Телевизоры с телетекстами для приема телепрограмм с субтитрами	160	0,7	267	1,1
Специальные средства при нарушении функции выделения	970	4,2	1072	4,4
Абсорбирующее белье	1822	7,8	1856	7,6
Кресла-стулья с санитарным оснащением	367	1,6	439	1,8

Статистические данные об объемах и структуре обеспечения пострадавших на производстве за счет средств ФСС РФ в период 2018–2019 гг. представлена в таблице 17.

Таблица 17 – Статистические данные об объемах и структуре обеспечения лиц, пострадавших на производстве, за счет средств ФСС РФ в период 2018–2019 гг.

Наименование статей по оплате дополнительных расходов	Годы							
	2018				2019			
	Всего израсходовано (тыс. руб.)	Количество выплат (услуг)	Количество получателей, чел.	Средний размер выплаты (руб.)	Всего израсходовано (тыс. руб.)	Количество выплат (услуг)	Количество получателей, чел.	Средний размер выплаты (руб.)
На приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода	1 120 827,10	193 607	92 184	5 789,19	1 114 021,60	186 396	90 354	5 976,64
На посторонний специальный медицинский уход	18 923,10	19 219	1 852	984,61	18 871,40	19 154	1 839	985,25
На посторонний бытовой уход	24 306,00	95 316	8 684	255,00	23 347,50	94 921	8 829	245,97
На медицинскую реабилитацию застрахованных в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги	5 071 497,20	38 800	99 712	43 131,38	5 272 951,30	37 799	102 203	44 418,73
Оплата расходов на проезд застрахованного лица для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации	340 591,90	76 586	72 725	4 447,18	364 441,70	76 916	71 637	4 738,18
На изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов	1 359 436,20	30 146	21 951	45 095,00	1 628 190,40	30 488	22 526	53 404,30
На обеспечение ТСР и их ремонт	276 660,30	28 390	12 950	9 744,99	335 857,40	28 846	13 043	11 643,12
На обеспечение транспортными средствами (автомобилями)	822 327,00	1 755	1 755	468 562,40	622 945,30	1 293	1 293	481 782,93
На профессиональное обучение (переобучение)	2 691,40	130	76	20 703,42	2 419,00	121	67	19 991,55

Наибольшее количество получателей услуг, как в 2018, так и в 2019 году отмечается по следующим их видам: медицинская реабилитация застрахованных в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги (99 712 и 102 203 человека, соответственно); приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода (92 184 и 90 354 человека, соответственно); проезд застрахованного лица для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации (75 725 и 71 637 человек, соответственно). В денежном выражении лидирует также медицинская реабилитация застрахованных в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги (5 071 497,2 и 5 272 951,3 тыс. руб., соответственно), затем идет обеспечение ТСП и ПОИ (суммарно) (1 636 096,5 и 1 964 047,8 тыс. руб., соответственно) и приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода (1 120 827,1 и 1 114 021,6 тыс. руб., соответственно).

Наиболее существенно, по сравнению с 2018 годом, в 2019 году возросли расходы на предоставление ПОИ и ТСП (суммарно) – 20 %, а снизились – на обеспечение транспортными средствами (автомобилями) – 24,2 % – и профессиональное обучение (переобучение) – 10,1 %.

Структура дополнительных расходов, направляемых ФСС РФ на обеспечение лиц, пострадавших на производстве, реабилитационными мероприятиями, представлена в таблице 18.

Наибольшая доля расходов территориальных органов ФСС РФ связана с оплатой медицинской реабилитации застрахованных в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, в том числе по путевке, включая оплату лечения, проживания и питания застрахованного. Так, в 2018–2019 годах она сложилась на уровне 73,12 и 73,4 %, соответственно, от общей суммы расходов. Существенны также расходы на изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов (в том числе: эндопротезов, глазных протезов, зубных протезов и других видов протезов) – 19,6 и 22,6 %, соответственно, расходы на приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода – 16,16 и 15,51 %, соответственно.

Таблица 18 – Структура расходов ФСС РФ на обеспечение лиц, пострадавших на производстве, реабилитационными мероприятиями в 2018–2019 гг.

Вид расходов	Годы			
	2018		2019	
	Всего израсходовано (тыс. руб.)	Доля в структуре расходов, %	Всего израсходовано (тыс. руб.)	Доля в структуре расходов, %
1	2	3	4	5
На лечение застрахованного лица	698 908,9	10,08	753 756,6	10,49
В том числе:				
На стационарное лечение	639 126,5	9,21	716 156,1	9,97
На лечение в дневном стационаре	5 162,4	0,07	520,9	0,01
На амбулаторное лечение	40 548,8	0,58	24 064,3	0,33
На медицинскую реабилитацию (санаторно-курортное лечение)	155 105,3	2,24	148 308,4	2,06
Оплата расходов на лицо, сопровождающее застрахованного	270,0	0,004	44,2	0,001
Отпуск застрахованного лица на весь период его лечения и проезда к месту лечения и обратно	500 788,0	7,22	543 572,2	7,57
На приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода	1 120 827,1	16,16	1 114 021,6	15,51
На посторонний специальный медицинский уход	18 923,1	0,27	18 871,4	0,26
На посторонний бытовой уход	24 306,0	0,35	23 347,5	0,33
На медицинскую реабилитацию застрахованных в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги	5 071 497,2	73,12	5 272 951,3	73,4
В т. ч. для передвигающихся с помощью кресел-колясок	66 025,1	0,95	71 599,0	1,0
Оплата расходов для сопровождающего застрахованного лица	58 440,0	0,84	58 726,1	0,82
В т. ч. для пострадавшего с последствиями травм спинного мозга, передвигающихся с помощью колясок	38 519,0	0,56	40 425,0	0,56

Продолжение таблицы 18

1	2	3	4	5
Оплата расходов на проезд застрахованного лица для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации	340 591,9	4,91	364 441,7	5,1
На проезд лица, сопровождающего застрахованного, направленного для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации	12 106,9	0,18	12 150,4	0,17
На изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов	1 359 436,2	19,6	1 628 190,4	22,7
На обеспечение ТСР и их ремонт	276 660,3	4,0	335 857,4	4,68
На обеспечение транспортными средствами (автомобилями)	822 327,0	11,9	622 945,3	8,67
На осуществление текущего ремонта транспортных средств и приобретения горюче-смазочных материалов	2 820,3	0,04	2 936,2	0,04
На капитальный ремонт транспортных средств	20 508,1	0,3	20 843,6	0,29
На профессиональное обучение (переобучение)	2 691,4	0,04	2 418,0	0,03
Прочих расходов	3 300,0	0,05	2 690,6	0,04
В том числе:				
Связанных с исполнением судебных решений	797,6	0,01	527,9	0,007
Установленных бессрочно, связанных с исполнением судебных решений	2 502,4	0,04	2 162,7	0,03
ВСЕГО	6 936 132,9	100	7 183 753,5	100

В то время как дополнительные расходы по ремонту транспортного средства, связанные с исполнением судебных решений, на проезд лица, сопровождающего застрахованного, на амбулаторное лечение, на посторонний бытовой уход за застрахованным лицом незначительны, оплата расходов, которые составляют менее 1 % от общей структуры расходов органов ФСС, вместе равны всего лишь 1,27 и 1,2 %, соответственно.

Результаты сравнительного анализа нуждаемости в реабилитационных мероприятиях по результатам освидетельствования и переосвидетельствования пострадавших на производстве и фактического количества получателей

соответствующих выплат и реабилитационных мероприятий за 2018–2019 годы представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Нуждаемость пострадавших на производстве в реабилитационных мероприятиях и её удовлетворение в Российской Федерации за счёт средств социального страхования в 2018–2019 гг.

Вид возмещения	Годы			
	2018		2019	
	Установлена нуждаемость, чел.	Количество получателей, чел.	Установлена нуждаемость, чел.	Количество получателей, чел.
Лекарственные средства и изделия медицинского назначения	100458	92184	100403	90354
Санаторно-курортное лечение	98887	99712	100506	102203
Профессиональная реабилитация	72394	76 (профессиональное обучение и получение дополнительного профессионального образования)	72973	67 (профессиональное обучение и получение дополнительного профессионального образования)
ТСР	23372	12950	24430	13043
Специальное транспортное средство	1946	1755	1819	1293
Специальный медицинский уход	1264	1852	1309	1839
Бытовой уход	3382	8684	3435	8229

При этом надо сразу оговориться, что данное сравнение не совсем корректно, поскольку ряд видов обеспечения по страхованию может быть назначен бессрочно, и в этом случае число получателей будет превышать число нуждающихся в данном виде помощи, выявленных по результатам освидетельствования. Количество лиц, обеспеченных техническими средствами реабилитации, закономерно ниже числа нуждающихся, получивших соответствующие рекомендации при очередном освидетельствовании, поскольку

большое количество изделий предоставляются не ежегодно. Наиболее показательны будут данные по обеспеченности лекарственными средствами и услугами по медицинской реабилитации в санаторно-курортных организациях, поскольку периодичность предоставления данных мер по возмещению вреда здоровью в большинстве случаев составляет 1 год. Большинство пострадавших имеют реальную возможность ежегодно получать услуги по санаторно-курортному лечению и обеспечению необходимыми для лечения основного заболевания лекарственными средствами [17].

Нуждаемость пострадавших на производстве в мероприятиях по профессиональной реабилитации не может быть удовлетворена только мероприятиями по профессиональному обучению и дополнительному профессиональному образованию, которые финансируются за счёт страховых средств. Создание специальных рабочих мест, сопровождаемое трудоустройством, производственная адаптация, в том числе в условиях сокращённого рабочего дня, могут быть использованы в процессе возвращения к трудовой деятельности с гораздо большей эффективностью, что подтверждается мировой практикой. Применение всего спектра мероприятий по профессиональной реабилитации позволит повысить уровень рентабельной занятости, окажет должный экономический и социальный эффекты [81]. Однако финансирование данных мероприятий в отношении пострадавших на производстве за счёт средств ФСС РФ не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, что, по мнению автора, является одним из факторов, обуславливающих низкую эффективность профессиональной реабилитации пострадавших на производстве.

Анализ результатов исполнения программ реабилитации за 2014–2019 годы по выданным заключениям показал, что результаты реабилитации держатся на стабильно высоком уровне. Положительные результаты медицинской реабилитации в течение 6 лет наблюдаются в более чем 60 % случаев (среднее значение 62,44 %, $m = 0,52$ %, $\sigma = 1,36$ %, ДИ (95 %) = 1,26), среднегодовой темп прироста составляет 0,04 % ($m = 1,54$ %, $\sigma = 3,76$ %, ДИ (95 %) = 3,95). При этом необходимо отметить, что данные результаты обеспечиваются за счёт частичного

восстановления и частичной компенсации нарушенных функций, поскольку доля лиц, полностью восстановивших или компенсировавших нарушенные функции, ежегодно снижается. Средний темп прироста (убыли) пострадавших, у которых по результатам очередного освидетельствования наблюдалось восстановление нарушенных функций, составляет $-5,25\%$ ($m = 3,01\%$, $\sigma = 7,38\%$, ДИ (95%) = 7,75), а пострадавших, у которых достигнута полная компенсация нарушенных функций, составляет $-9,29\%$ ($m = 11,08\%$, $\sigma = 27,15\%$, ДИ (95%) = 28,49). Неблагоприятная ситуация складывается с эффективностью профессиональной реабилитации пострадавших на производстве (таблица 20), что наблюдалось и в прошлые временные периоды [60].

Таблица 20 – Показатели реабилитации пострадавших на производстве за 2014–2019 годы в Российской Федерации

Показатели реабилитации	Календарный год					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Выдано заключений о выполнении ПРП, шт., из них:	111520	108950	108878	106629	97174	98046
С положительными результатами реабилитации	70991	67367	69514	64043	60133	62327
Доля от выданных заключений, %	63,66	61,83	63,85	60,06	61,88	63,57
Достигнута полная компенсация утраченных функций	6037	5037	5093	4722	4495	3989
Доля от выданных заключений, %	5,41	4,62	4,68	4,43	4,63	4,07
Достигнута частичная компенсация утраченных функций	44985	43933	45332	42764	40198	41849
Доля от выданных заключений, %	40,34	40,32	41,64	40,11	41,37	42,68
Достигнуто полное восстановление функций, чел.	3043	1274	1121	1282	1369	1230
Доля от выданных заключений, %	2,73	1,17	1,03	1,20	1,41	1,25
Достигнуто частичное восстановление функций	15538	19732	17695	15484	16057	17029
Доля от выданных заключений, %	13,93	18,11	16,25	14,52	16,52	17,37
Подобрано подходящее рабочее место, абс.	8802	7876	8478	7848	6716	6690
Доля от выданных заключений, %	7,89	7,23	7,79	7,36	6,91	6,82
Создано специальных рабочих мест, абс.	–	83	87	75	35	33
Доля от выданных заключений, %	0,00	0,08	0,08	0,07	0,04	0,03
Обеспечена занятость и достигнута производственная адаптация, абс.	7921	1505	280	200	4965	5565
Доля от выданных заключений, %	6,6	1,3	0,2	0,2	4,6	5,2

Если ежегодно примерно 7 % пострадавших на производстве подбираются подходящие рабочие места, то ситуация с реальным обеспечением занятости несколько хуже. Так, наилучшие результаты по обеспечению занятости, с учётом достижения производственной адаптации, были получены в 2014 году (6,6 % случаев), а в 2016 и 2017 годах данный показатель и вовсе стремился к нулю (0,2 % случаев).

Количество специальных рабочих мест, ежегодно создаваемых в Российской Федерации для пострадавших на производстве, за весь период наблюдения не превышало 100.

При этом, в рамках мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, на профессиональное обучение и получение дополнительного профессионального образования за последние 6 лет из средств Фонда социального страхования Российской Федерации ежегодно расходуется не более 0,04 % от всего объема финансирования различных реабилитационных мероприятий, обучение проходят менее 100 человек в год.

Основным исполнителем мероприятий по профессиональной реабилитации (за исключением мероприятий по профессиональному обучению и получению дополнительного профессионального образования) пострадавших на производстве и инвалидов является служба занятости. Каких-либо специальных программ по профессиональной реабилитации пострадавших на производстве служба занятости не реализует, данная категория не выделена в отдельную группу в нормативных документах, регулирующих деятельность службы (постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 324 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по труду и занятости» [135], постановление Правительства РФ от 07.09.2012 № 891 «О порядке регистрации граждан в целях поиска подходящей работы, регистрации безработных граждан и требованиях к подбору подходящей работы» [129] и т.д.). Отсюда и не самые лучшие показатели.

В качестве механизма, позволяющего заинтересовать причинителя вреда в профессиональной реабилитации застрахованных, можно предложить использование существующих правил установления скидок и надбавок к

страховому тарифу, утверждённых постановлением Правительства РФ от 30.05.2012 № 524 [134], после внесения в него некоторых корректировок.

Одними из основных показателей, влияющих на размер устанавливаемой страхователю надбавки, в соответствии с действующей методикой расчета скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утверждённой приказом Минтруда России от 01.08.2012 № 39н [140], являются:

- суммы выплаченных пособий по временной нетрудоспособности, произведенные страхователем;
- суммы страховых выплат и оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, произведенные территориальным органом страховщика в связи со страховыми случаями, произошедшими у страхователя;
- количество страховых случаев у страхователя на тысячу работающих.

Чем данные показатели выше, тем выше размер надбавки, поэтому возможность исключения из расчёта надбавки страховых случаев и расходов по ним при трудоустройстве пострадавшего на данном предприятии позволит заинтересовать причинителя вреда экономически и обеспечить трудоустройство пострадавших, в первую очередь, с незначительными и умеренными нарушениями функции.

При наличии в ПРП рекомендаций по созданию специального рабочего места возможно рассмотреть вопрос о возмещении работодателю затрат на оборудование (оснащение) специального рабочего места для пострадавшего на производстве и расходов на персональное сопровождение в процессе производственной адаптации за счёт средств Фонда социального страхования. Это потребует внесения изменений в статью 8 закона 125-ФЗ.

Проведённый анализ показал, что количество зарегистрированных производственных инцидентов в Российской Федерации ежегодно снижается на фоне существенного роста расходов на мероприятия по охране труда и защите здоровья работников. По-прежнему нельзя говорить о высоком уровне

достоверности в системе регистрации несчастных случаев на производстве, что, в первую очередь, отражается на числе зарегистрированных лёгких случаев, но, по крайней мере, ситуация не имеет тенденции к ухудшению, и коэффициент S , отражающий уровень достоверности регистрации несчастных случаев в странах с недостоверным учётом, за последние 12 лет не снижался.

На фоне общего снижения количества пострадавших на производстве происходит снижение числа получателей страховых выплат. Дополнительным фактором в данной ситуации является ежегодное снижение доли застрахованных в системе социального страхования лиц в структуре экономически активного населения, что не только свидетельствует о снижении уровня социальной защищённости трудящихся, но и дополнительно уменьшает количество получателей страховых выплат, поскольку незастрахованные автоматически утрачивают право на возмещение вреда здоровью за счёт средств социального страхования в случае производственных травм или профессиональных заболеваний.

Несмотря на снижение числа получателей страховых выплат с 552018 человек в 2007 году до 453321 человека в 2018 году, общие расходы средств страхового возмещения растут, что отражает рост расходов в расчёте на одного застрахованного. Уровень ежегодного удовлетворения нуждемости пострадавших на производстве в реабилитационных мероприятиях достаточно высок, что обуславливает хорошие показатели реабилитации по таким показателям, как частичная компенсация нарушенных функций и частичное восстановление нарушенных функций. При этом уровень профессиональной реабилитации пострадавших на производстве крайне низок, что связано не только с ростом числа лиц пенсионного и предпенсионного возраста среди освидетельствуемых, но, в первую очередь, с несовершенством действующего законодательства, не предусматривающего возможности финансирования основной массы мер по профессиональной реабилитации пострадавших на производстве за счёт средств соответствующего вида страхования, а также с отсутствием экономической заинтересованности работодателей в сохранении

профессионального статуса пострадавших на производстве. Вторым фактором, оказывающим существенное влияние на эффективность реабилитации пострадавших на производстве, является отсутствие единой, ориентированной на результат системы реабилитации, базирующейся на современных управленческих и экспертных методиках, что подтверждает актуальность данной работы.

При написании данной главы были использованы следующие публикации автора:

1. Влияние режима труда на заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников современных табачных производств / И.А. Божков, К.С. Лопатин, В.С. Лучкевич, М.А. Севастьянов // Гигиена и санитария. – 2005. – № 1. – С. 25–27.

2. Мониторинг заболеваний верхних дыхательных путей у работников современного табачного производства и обоснование их производственно обусловленного характера / И.А. Божков, В.Г. Артамонова, В.С. Лучкевич, М.А. Севастьянов // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 8. – С. 23–27.

3. Практика и результаты экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве / Г.О. Пенина, И.В. Деденева, Н.П. Чистякова, М.А. Севастьянов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 1. – С. 54–58.

4. Результаты государственной демографической политики в сфере реабилитации, медико-социальной экспертизы, социального страхования, труда и занятости пострадавших на производстве / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, О.В. Владимирова, А.В. Дидилев, М.А. Горяйнова // Казанский медицинский журнал. – 2021. – № 5 (102). – С. 726–735.

5. Структура инвалидности и показатели реабилитации пострадавших на производстве в Российской Федерации / М.А. Севастьянов, С.А. Бондарев, И.А. Божков, О.В. Владимирова // Вестник Всероссийского общества специалистов по

медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 3. – С. 97–106.

ГЛАВА 5. ЭКСПЕРТИЗА УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

5.1 Сравнительный анализ клинико-функциональных критериев утраты профессиональной трудоспособности и критериев инвалидности

С целью обоснования необходимости изменения методов объективизации нарушения функций при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний был проведен сравнительный анализ клинико-функциональных критериев утраты профессиональной трудоспособности и существующих клинико-функциональных критериев стойких нарушений функций.

За последние 20 лет значительные изменения претерпели классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы на предмет установления инвалидности. На этом фоне клинико-функциональные критерии утраты профессиональной трудоспособности существенно не изменялись. Последние изменения в классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы на предмет установления инвалидности, были внесены в 2019 году в связи с вступлением в силу приказа Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», широко вошли в практику новые клинические классификации заболеваний и их осложнений, были усовершенствованы методы клинико-функциональной диагностики.

Сравнительный анализ процентов утраты трудоспособности и выраженности стойких нарушений функции в процентах показал, что наиболее

существенные расхождения в подходах к оценке выраженности ограничений жизнедеятельности наблюдаются при различных формах тугоухости (таблица 21).

Таблица 21 – Соотношение процентов утраты трудоспособности и выраженности стойких нарушений функции в процентах при тугоухости

№ п/п	Пункт временных критериев (постановление Минтруда России № 56)	Клинико-функциональный критерий	Степень утраты, %	Пункт приложения к классификациям и критериям (приказ Минтруда России № 585н)	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций	Выраженность стойких нарушений функции, %	Группа инвалидности
1	23ж	Выраженное снижение слуха: восприятие разговорной речи – до 0,5–1,5 м, слуховой порог – 61–80 дцб, порог разборчивости речи – 80–90 дцб	70–80	8.1.3	Тугоухость III и IV степени, двусторонняя Глухота двусторонняя	40	III
2	26и	Умеренное снижение слуха – восприятие разговорной речи до 2–3 м, шепотной речи – до 0,5–0 м, средний слуховой порог – 41–60 дцб, порог разборчивости речи – 50–70 дцб	40–60		–	0	0

Стойкие умеренные нарушения сенсорной функции (слуха) определяются при двусторонней тугоухости IV степени (выраженность стойких нарушений функции – 40 %), тугоухость I–III не приводит к ограничениям жизнедеятельности. В то же время при выраженном снижении слуха в результате профессионального заболевания или травмы на производстве пострадавшим может быть установлено от 70 до 80 % утраты профессиональной трудоспособности, что соответствует выраженным ограничениям способности к трудовой деятельности.

Клинико-функциональные критерии, используемые в ходе экспертизы нарушений функции дыхательной системы, отличаются от клинико-функциональных характеристик, в первую очередь, за счёт используемых методов верификации и методов их количественной оценки (таблица 22). При оценке клинико-функциональных характеристик используются современные критерии оценки выраженности дыхательной недостаточности, также клинико-функциональные характеристики позволяют оценить выраженность нарушений функции и ограничений жизнедеятельности при более широком круге заболеваний.

В остальном клинико-функциональные критерии коррелируют с клинико-функциональными характеристиками с учётом имеющихся различий в предметах оценки. Таким образом, при профессиональных заболеваниях и травмах, в целях унификации подходов к оценке функциональных нарушений, наиболее целесообразно использовать в качестве критериев оценки клинико-функциональные характеристики.

Таблица 22 – Соотношение методов верификации и их количественной оценки при патологии дыхательной системы

№ п/п	Клинико-функциональный критерий (постановление Минтруда России № 56)	Процент утраты	Клинико-функциональная характеристика стойких нарушений функций (приказ Минтруда России № 585н)	Выраженность нарушений функции (%)
1	2	3	4	5
1	Дыхательная недостаточность III степени, нарушение кровообращения III стадии (одышка в покое, частота дыхания 30 и более в минуту, учащение частоты дыхания на 10–15 в минуту после незначительного физического напряжения без восстановления исходного уровня, значительно выраженный цианоз, участие в покое вспомогательной дыхательной мускулатуры, выраженная тахикардия – 130 и более ударов в минуту, эпигастральная пульсация, увеличение печени, периферические отеки, снижение жизненной емкости легких до 50 % от должной, максимальной вентиляции легких – до 50 %, увеличение минутного объема дыхания до 180 %, снижение индекса Тиффно менее 40 % и коэффициента использования кислорода до 20 %, снижение сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики)	100	<p>Тяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств с бронхиальной обструкцией (GOLD 4: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %, ОФВ1 < 30 %), наличие осложнений, дыхательная недостаточность III степени, хроническая сердечная недостаточность IIБ, III стадии</p> <p>Тяжелое течение заболевания на фоне базисной терапии с дыхательная недостаточность III степени, хроническая сердечная недостаточность IIБ и III стадии (бронхиальная астма)</p> <p>Значительно выраженные нарушения функций организма вследствие наличия тяжелых полиорганных осложнений (амилоидоз, декомпенсированное хроническое легочное сердце, полисерозиты, кахексия и т. д.). Наличие дыхательная недостаточность III степени и хроническая сердечная недостаточность IIБ или III стадии (туберкулез)</p>	<p>90–100</p> <p>90–100</p> <p>90–100</p>

Продолжение таблицы 22

1	2	3	4	5
2	<p>Дыхательная недостаточность II степени, нарушение кровообращения II стадии (частота дыхания в покое 21–29 в минуту, учащение частоты дыхания на 12–16 в минуту после физической нагрузки, выраженный цианоз, участие в акте дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры во время небольшой физической нагрузки, частота сердечных сокращений 100–129 ударов в минуту, небольшие периферические отеки, снижение жизненной емкости легких до 50–55 % от должной, максимальной вентиляции легких – до 51–54 %, увеличение минутного объема дыхания до 150 %, снижение индекса Тиффно до 54–40 %, коэффициента использования кислорода до 28 %, снижение сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики)</p>	70–80	<p>Среднетяжелая и тяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств, с бронхиальной обструкцией на фоне базисной терапии (GOLD 3: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %, 30 % \geq ОФВ1 < 50 %) с дыхательная недостаточность II, III степени, хроническая сердечная недостаточность IIА стадии.</p> <p>Тяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии высокими дозами ингаляционных кортикостероидов) с дыхательная недостаточность II–III степени, хроническая сердечная недостаточность II А стадии (бронхиальная астма).</p> <p>Выраженные нарушения функции дыхательной системы при неэффективности химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза (пневмосклероз, цирроз, бронхоэктазы)</p>	<p>70–80</p> <p>70–80</p> <p>70–80</p>

Продолжение таблицы 22

1	2	3	4	5
3	<p>Дыхательная недостаточность I–II степени, нарушение кровообращения I–II стадии (одышка при умеренном физическом напряжении, усиление цианоза после умеренной физической нагрузки, частота дыхания в покое до 20 в минуту, учащение частоты дыхания на 12–16 в минуту после физической нагрузки с восстановлением до исходного уровня в течение 5 минут, незначительная тахикардия (90–99 ударов в минуту), умеренное снижение жизненной емкости легких до 56–69 % от должной, максимальной вентиляции легких – до 55–58 %, увеличение минутного объема дыхания до 142–148 %, снижение индекса Тиффно до 74–55 %, коэффициента использования кислорода до 36–44 %, поглощения кислорода в минуту – 277–287 мл, признаки умеренного снижения сократительной способности миокарда правого желудочка в сочетании с нарушением легочной гемодинамики)</p>	40–60	<p>Среднетяжелая форма течения заболевания, последствия оперативных вмешательств, с бронхиальной обструкцией на фоне базисной терапии (GOLD 2: ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %, 50 % \geq ОФВ1 < 80 %), дыхательная недостаточность II степени, преходящей или постоянной легочной гипертензией (хроническая сердечная недостаточность 0 или I стадии)</p> <p>Среднетяжелое течение заболевания (на фоне базисной терапии средними дозами ингаляционных кортикостероидов), дыхательная недостаточность II степени с преходящей или постоянной легочной гипертензией (хроническая сердечная недостаточность 0 или I стадии).</p> <p>Умеренные нарушения функции дыхательной системы при отсутствии положительной клинкорентгенологической динамики на фоне химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза органов дыхания (локальный пневмофиброз, фиброзно-очаговые изменения) с дыхательная недостаточность II степени, преходящей или постоянной легочной гипертензией (хроническая сердечная недостаточность 0 или I стадии). Наличие МБТ+ в течение 6 и более месяцев</p>	<p>40–60</p> <p>40–60</p> <p>40–60</p>

5.2 Структура производственного травматизма, профессиональной заболеваемости и их последствий в виде утраты профессиональной трудоспособности (на примере Ставропольского края и Свердловской области)

В структуре промышленного производства Ставропольского края сельское хозяйство занимает ведущие позиции [185]. В аграрном секторе занято 41,7 % населения, 14 из 26 муниципальных районов являются сельскими [92]. В Свердловской области традиционно развито диверсифицированное промышленное производство, на долю которого приходится более 30 % валового регионального продукта [103].

Структура производства регионов оказывает существенное влияние на качественные показатели производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. В Ставропольском крае, с преобладающим сельскохозяйственным производством, производственный травматизм в 1,5–2 раза ниже, чем в Свердловской области и в целом по Российской Федерации, а профессиональная заболеваемость ниже практически на порядок (таблица 23).

Таблица 23 – Распространённость производственных травм и профессиональных заболеваний

Территории	Численность пострадавших при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более, на 1000 работающих			Численность лиц со впервые установленным профессиональным заболеванием, на 1000 работающих		
	Годы					
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Ставропольский край	1	0,8	0,6	0,03	0,03	0,03
Свердловская область	1,5	1,4	1,4	0,1	0,1	0,2
В среднем по Российской Федерации	1,3	1,2	1,2	0,18	0,16	0,15

В Российской Федерации примерно 30 % производственных инцидентов

приводят к стойким нарушениям структур и функций, что приводит к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в ходе проведения медико-социальной экспертизы. Структура производственных травм и профессиональных заболеваний, приводящих к утрате профессиональной трудоспособности, складывается под влиянием вредных производственных факторов, соотношение которых в промышленном и сельскохозяйственном регионах различно. Наиболее выраженные отличия отмечаются в структуре профессиональной патологии (рисунки 4, 5).

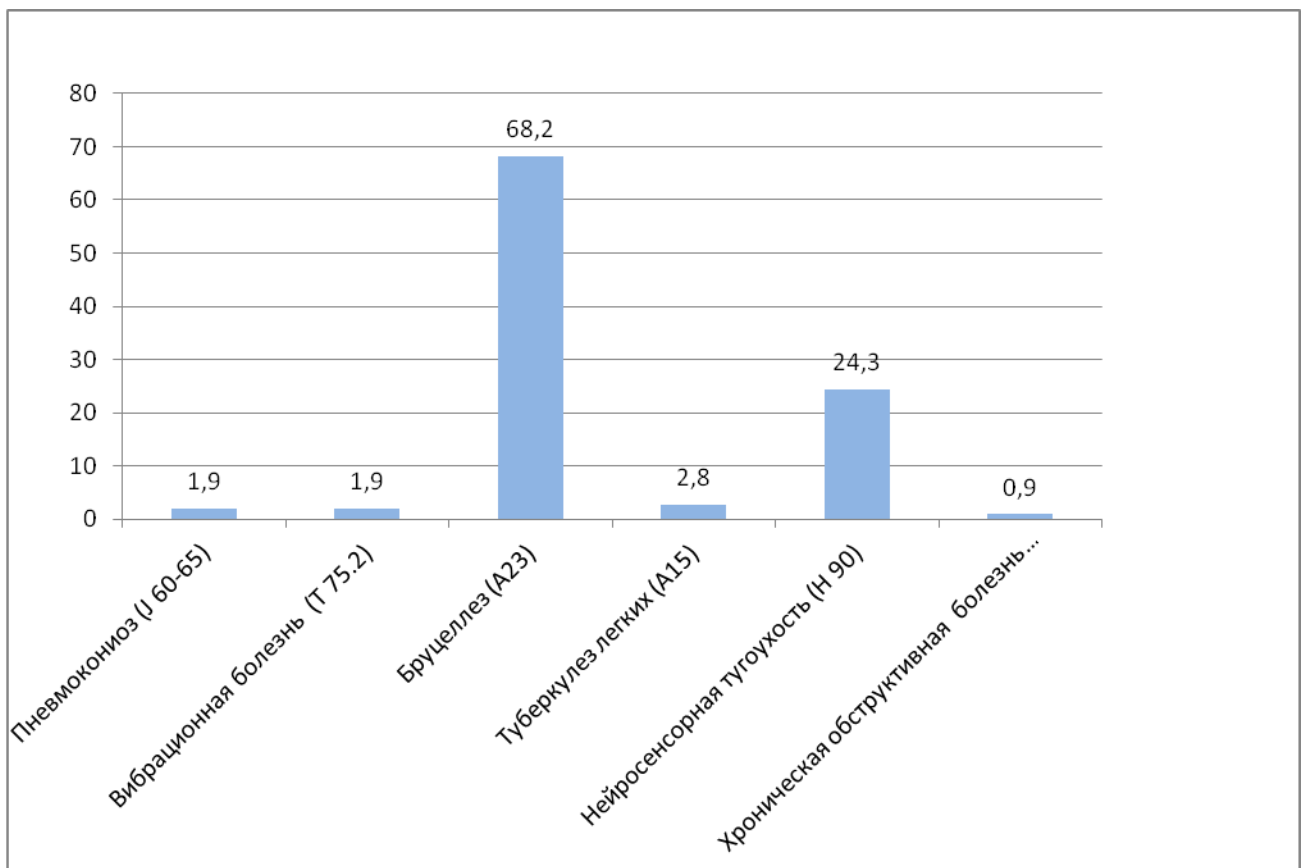


Рисунок 4 – Структура профессиональной заболеваемости в Ставропольском крае, %

Разнообразие вредных производственных факторов в промышленном производстве обуславливает более широкий спектр профессиональных заболеваний с преобладанием «пылевой» патологии и заболеваний, связанных с воздействием физических факторов (вибрационная болезнь и нейросенсорная тугоухость). В Ставропольском крае преобладают заболевания, связанные с

воздействием биологического фактора.

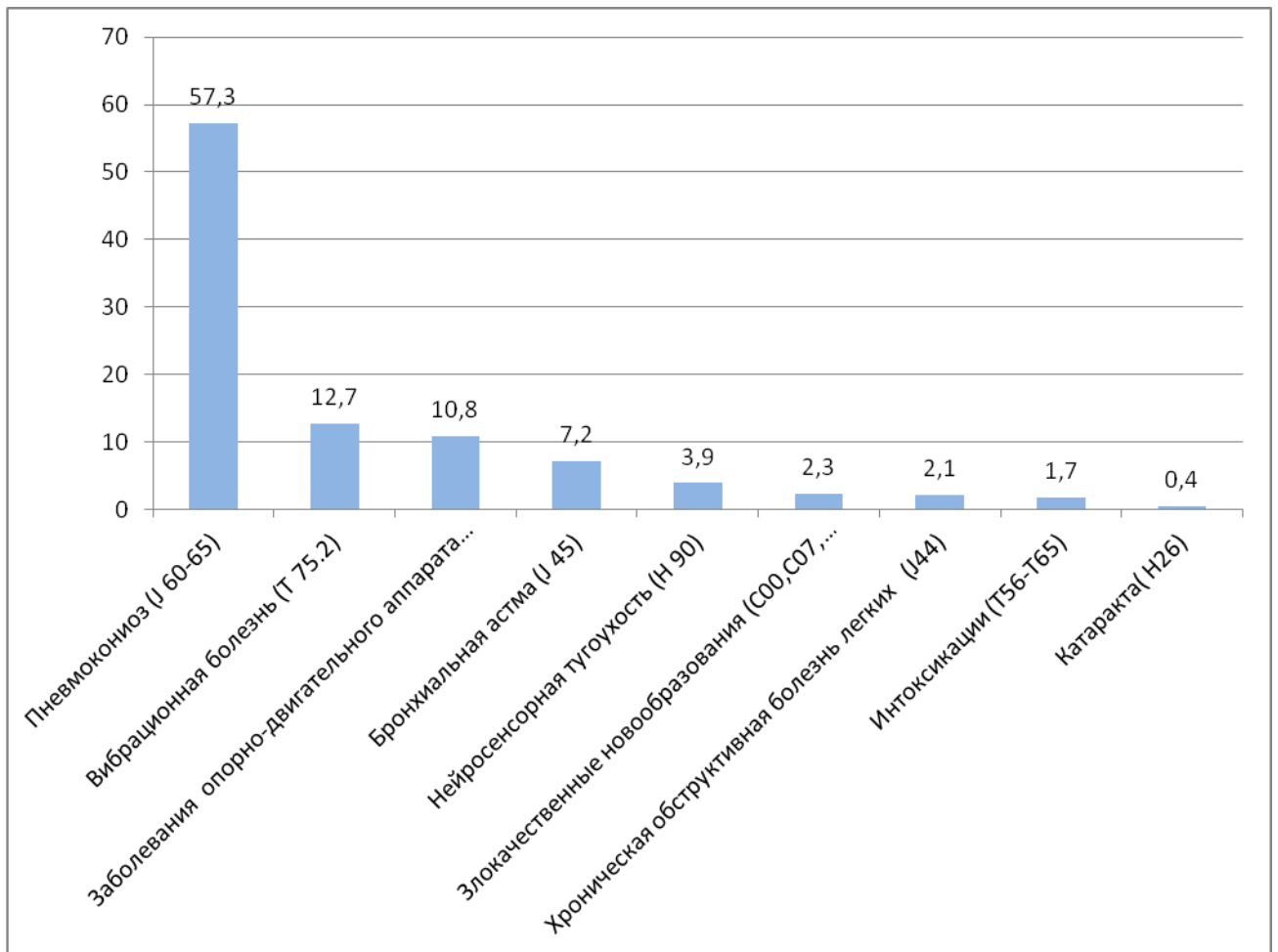


Рисунок 5 – Структура профессиональной заболеваемости в Свердловской области, %

В структуре производственного травматизма (таблица 24) различия не столь существенны, за исключением того, что в Ставропольском крае более распространены черепно-мозговые травмы, находящиеся на втором ранговом месте, в отличие от Свердловской области, где они занимают четвертое ранговое место. При этом различия в структуре производственных травм, приводящих к утрате профессиональной трудоспособности, между регионами недостоверны ($\chi^2 = 0,01$).

В Российской Федерации экспертная оценка вреда здоровью пострадавших в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний осуществляется путем определения степени утраты профессиональной

трудоспособности. То есть оценивается не только «биологический» (нарушения структур и функций) фактор, но и социальный (способность и возможность продолжать трудовую деятельность с учётом изменения, в том числе предполагаемого, условий труда, квалификации, объема и тяжести трудового процесса). При этом при одинаковых нарушениях структур и функций итоговая степень утраты профессиональной трудоспособности будет зависеть от того, насколько вышеуказанные нарушения отразятся на профессионально значимых качествах и возможности рационального трудоустройства пострадавших в дальнейшем.

Таблица 24 – Структура производственного травматизма и степень УПТ в Свердловской области и Ставропольском крае в зависимости от вида травматического поражения

Нозологии, код по МКБ-10	Свердловская область		Ставропольский край	
	Доля в структуре, %	Средняя степень УПТ, %	Доля в структуре, %	Средняя степень УПТ, %
Последствия травм нижней конечности (Т93)	34,1	25,4	32,6	27,1
Последствия травм верхней конечности (Т92)	25,1	20,8	17,5	35
Последствия травм шеи, туловища (Т91)	12,8	43	15,7	36,3
Последствия черепно-мозговой травмы (Т90)	11,5	42,2	23,3	40
Последствия травмы с вовлечением нескольких частей тела (Т94)	7,7	37,3	8,1	45,6
Последствия травмы глаза (Т90.4)	5	18	5,8	40
Последствия термических и химических ожогов и отморожений (Т95)	3,3	18,6	2,3	35

Сравнение средних значений степени УПТ между наиболее распространенными видами травм показало, что наименьший вред здоровью, с точки зрения комплексной биосоциальной оценки, причиняется травмами верхней

конечности, достоверно более тяжёлые последствия, исходя из степени утраты профессиональной трудоспособности, вызывают травмы позвоночника ($t = 3,16$ при $t_{\text{критич}} = 1,6$ и $p < 0,05$), черепно-мозговые травмы ($t = 2,58$ при $t_{\text{критич}} = 1,72$ и $p < 0,05$), сочетанные травмы ($t = 4,2$ при $t_{\text{критич}} = 1,66$ и $p < 0,05$), степень УПТ при травмах нижних конечностей и глаз достоверно не отличалась от степени УПТ при травмах верхних конечностей.

Сравнение степени УПТ при аналогичных производственных травмах в Ставропольском крае и Свердловской области показало наличие достоверных различий только при травмах верхней конечности ($t = 2,22$ при $t_{\text{критич}} = 1,75$ и $p < 0,05$).

Несмотря на модернизацию и механизацию сельскохозяйственных работ, доля ручного труда в большинстве отраслей сельского хозяйства продолжает оставаться высокой, а уровень профессионального образования работников низким, поэтому нарушение структур и функций верхних конечностей более существенно сказывается на возможности продолжения работы в прежней специальности без существенного снижения объема выполняемых операции и тяжести трудового процесса, что обуславливает более высокую среднюю степень утраты трудоспособности при травмах верхней конечности у сельскохозяйственных рабочих по сравнению с работниками целого ряда промышленных производств с низкой долей ручного труда.

Проведённое исследование структуры производственных травм и профессиональных заболеваний и влияния нозологических форм производственных травм на итоговую степень УПТ позволило сделать вывод о том, что травмы позвоночника, черепно-мозговые травмы и сочетанные травмы не только приводят к более выраженным функциональным нарушениям, но и более значительно снижают вероятность возвращения к труду в своей профессии. Также установлено, что в условиях преобладания ручного труда, последствия травм верхних конечностей оказывают более выраженное отрицательное влияние на профессиональную трудоспособность пострадавших на производстве.

5.3 Результаты экспертной оценки профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве

Результаты обсервационного аналитического исследования результатов экспертной оценки профессиональной трудоспособности позволили оценить вариативность и воспроизводимость принимаемых по аналогичным случаям экспертных решений.

Средний процент УПТ по всем принятым решениям составил 34,9 % ($m = 0,86$, $\sigma = 7,5$, ДИ (95 %) – 1,7). При этом отмечалась большая вариативность средних значений в 77 субъектах Российской Федерации. Например, средняя величина степени УПТ в Алтайском крае составляла 21,7 %, а в Карачаево-Черкесской Республике – 63,3 %. Высокий уровень вариативности данного показателя в субъектах подтверждается значением коэффициента вариации, который составил 21,6 %.

На тяжесть травмы на производстве может косвенно указывать продолжительность нахождения на больничном листе [350]. Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности при несчастных случаях на производстве в 2017 году, по данным Росстата, составила 48,5 дня ($m = 1,06$, $\sigma = 9,3$, ДИ (95 %) – 2,11). Среди 10 субъектов Российской Федерации, где в 2017 году была установлена наименьшая степень УПТ, в 50 % случаев продолжительность одного случая временной нетрудоспособности при несчастных случаях превышала среднюю (Алтайский край – 52,5 дня, Кемеровская область – 55,1 дня, Свердловская область – 51,3 дня, Республика Бурятия – 58,0 дня, Республика Башкирия – 65,8 дня). Среди 10 субъектов Российской Федерации, где в 2017 г. была установлена наибольшая степень УПТ, в 60 % случаев продолжительность одного случая временной нетрудоспособности в 2017 году была менее средней (Чеченская республика – 18,0 дня, Республика Тыва – 47,4 дня, Республика Алтай – 28,7 дня, Орловская область – 43,3 дня, Кабардино-Балкарская Республика – 35,5 дня, Республика Северная Осетия – Алания – 46,6 дня). Корреляционная связь между средней продолжительностью

случая временной нетрудоспособности при несчастных случаях на производстве и средней степенью утраты УПТ, определённая методом ранговой корреляции со степенью достоверности более 99,9 %, не установлена ($p = 0,045$, $t = 0,39$).

Последствия травм нижних конечностей в структуре производственных травм, приводящих к стойким ограничениям профессиональной трудоспособности, занимают около 16 %. По данному поводу в исследуемом периоде было проведено 27420 освидетельствований, средняя степень УПТ составила 37,5 % ($m = 0,84$, $\sigma = 7,4$, ДИ (95 %) – 1,7). Наименьшая средняя степень УПТ отмечена в Омской области (25,2 %), наибольшая – в Чеченской Республике (66 %). Коэффициент вариации 19,7 % говорит о достаточно выраженном разбросе вариантов.

Характер повреждения, тяжесть травмы, объем и своевременность оказания медицинской помощи, а также мероприятия по медицинской реабилитации, протезированию и ортезированию могут оказывать влияние на степень выраженности последующих ограничений функции и степень УПТ.

Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» был составлен «Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации». Рассчитанный рейтинг базировался на шести группах оценочных показателей, соответствующих приоритетным направлениям развития системы здравоохранения.

Анализ ранговой корреляции между средней степенью УПТ в результате травм нижней конечности и занимаемым местом в рейтинге доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в 2017 году продемонстрировал отсутствие корреляционной связи между этими показателями со степенью достоверности более 99,9 % ($p = 0,052$, $t = 0,45$). Так, в трех регионах из первой десятки рейтинга доступности и качества медицинской помощи средний процент УПТ был выше среднероссийского (Республика Северная Осетия – Алания – 42,9 %, Белгородская область – 37,7 %, Карачаево-Черкесская Республика – 57,8 %). В то же время в 3 регионах Российской Федерации из последней десятки рейтинга средний процент УПТ был ниже среднероссийского

(Новгородская область – 33,1 %, Брянская область – 31 %, Севастополь – 29,5 %). В Москве и Санкт-Петербурге, на территории которых расположены профильные национальные медицинские исследовательские центры, процент утраты незначительно отличался от среднероссийского и составлял 35,1 и 33,3 %, соответственно.

Углублённый анализ структуры экспертных решений в субъектах Российской Федерации при установлении степени УПТ по последствиям травм нижних конечностей позволил сделать вывод о том, что наиболее часто последствия травм приводят к незначительным и умеренным нарушениям функций организма (более 90 % освидетельствований – таблица 25).

Таблица 25 – Степень УПТ при последствиях производственных травм нижних конечностей в Российской Федерации в 2015–2017 годы

Выраженность нарушений функций организма	Степень утраты профессиональной трудоспособности, %	Количество случаев	Доля от общего числа случаев, %
Незначительные	10	4839	17,65
	20	2637	9,62
	30	9195	33,53
	Всего	16671	60,80
Умеренные	40	4059	14,80
	50	1026	3,74
	60	3388	12,36
	Всего	8473	30,90
Выраженные	70	748	2,73
	80	1326	4,84
	90	64	0,23
	Всего	2138	7,80
Значительно выраженные	100	138	0,50
ИТОГО		27420	100

Наибольшая их вариабельность отмечена при установлении степени УПТ на уровне 20 и 50 процентов в случае наличия незначительных и умеренных нарушений функций организма, соответственно (таблица 26).

Таблица 26 – Распределение решений по установлению степени УПТ пострадавшим на производстве в результате травм нижних конечностей в Российской Федерации

Статистические показатели	Степень утраты профессиональной трудоспособности, %					
	10	20	30	40	50	60
Средняя доля от общего числа освидетельствований по данной патологии в субъектах РФ, %	15,3	8,8	31,4	15,0	4,9	12,1
Максимальная доля от числа освидетельствований в субъектах РФ, %	34,3	27,3	52,3	39,3	30,0	40,4
Минимальная доля от числа освидетельствований в субъектах РФ, %	0	0	0	0	0	0
Коэффициент вариации принятых решений, %	54,9	75,1	36,7	46,2	87,5	72,7

Хотя в исследовании связь между продолжительностью временной нетрудоспособности, качеством и доступностью медицинской помощи и тяжестью последствий производственных травм нижних конечностей не подтвердилась, на степень УПТ в каждом конкретном случае может существенно повлиять «профессиональный фактор», поскольку при одном и том же объеме поражения и выраженности функциональных нарушений возможности рационального трудоустройства могут существенно варьировать в зависимости от тяжести и характера трудовой деятельности, выполняемой до получения травмы.

Влияние «профессионального фактора» наиболее существенно редуцировано в группе пациентов с профессиональной тугоухостью. Основным этиологическим фактором развития заболевания является воздействие производственного шума, превышающего предельно допустимые уровни (ПДУ), что обуславливает необходимость отстранения пострадавших на производстве от работы в условиях воздействия шума и не может оказать существенного влияния на квалификацию, объем выполняемой работы или тяжесть труда [195]. Нарушения функции органа слуха, возникшие в результате воздействия профессиональных факторов, мало поддаются регрессу в результате лечения и реабилитационных мероприятий, незначительные нарушения функции не являются показанием к слухопротезированию [9]. Поэтому качество и

доступность медицинской помощи не оказывают существенного влияния на степень УПТ.

В изучаемом периоде в 77 субъектах Российской Федерации было проведено 12276 освидетельствований пострадавших с установленным диагнозом «двусторонняя нейросенсорная тугоухость» профессионального генеза, что составляет 7,3 % экспертиз. Средняя степень УПТ составила 25,5 % ($m - 0,76$, $\sigma - 6,5$, ДИ (95 %) – 1,5). Вариативность принимаемых экспертами решений высокая, что подтверждается коэффициентом вариации 35,6 %. Наименьшая средняя степень УПТ отмечена в Алтайском крае (12,2 %), наибольшая – в Якутии (38,5 %).

В 83 % случаев освидетельствования у пострадавших на производстве выявлялись незначительные функциональные нарушения и устанавливалось от 10 до 30 % УПТ. В 49 % случаев устанавливалось 30 % УПТ, в 32 % случаев – 10 %, а в 19 % случаев – 20 %. Наибольшая вариативность отмечена при установлении 20 % УПТ (таблица 27).

Таблица 27 – Распределение решений по установлению степени УПТ пострадавшим на производстве с нейросенсорной тугоухостью в Российской Федерации

Статистические показатели	Степень утраты профессиональной трудоспособности, %		
	10	20	30
Средняя доля от общего числа освидетельствований по данной патологии в субъектах РФ, %	27,2	12,9	43,5
Максимальная доля от числа освидетельствований в субъектах РФ, %	86,3	58,8	100
Минимальная доля от числа освидетельствований в субъектах РФ, %	0	0	0
Коэффициент вариации принятых решений, %	80,3	105,0	52,6

Классификация заболеваний по степени нарушенных функций чётко регламентирована действующими нормативными документами и не предполагает альтернативных решений при одной и той же их выраженности, поэтому высокая

вариативность принятия экспертных решений по аналогичным случаям в меньшей степени может быть связана с оценкой клинико-функциональных критериев установления степени УПТ. Методические сложности у экспертов возникают именно на стадии оценки профессиональной деятельности до и после наступления страхового случая. Верификация изменений квалификации, объема труда, способности к его выполнению представляет определенные трудности, особенно если пострадавший на производстве прекратил трудовую деятельность после установления соответствующего диагноза. Так, 20 % УПТ при незначительных нарушениях функций организма устанавливается в случае, «если пострадавший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки». 10 % УПТ устанавливается при возможности «выполнения работы профессии со снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 часть прежней загрузки» [128]. Верификация снижения объема профессиональной деятельности объективными методами зачастую невозможна, что приводит к субъективной оценке степени УПТ.

Установление степени УПТ на уровне 30, 40, 50 и 60 % предполагает необходимость оценки снижения тарифного разряда, разряда тяжести работ, оценку возможности применения профессиональных знаний и навыков в случае изменения характера работы. Если пострадавший на производстве на момент освидетельствования прекратил трудовую деятельность, то применение в ходе освидетельствования данных критериев вызывает существенные затруднения. Анализ судебной практики, связанной с исковыми обращениями застрахованных граждан и страховщиков по поводу возмещения вреда здоровью, подтверждает наличие значительных методических проблем при применении действующих критериев, заключающихся в отсутствии четкой трактовки учета сведений о трудовой деятельности, трудовом прогнозе, трудовом потенциале пострадавшего на производстве при экспертной оценке.

Установление степени утраты профессиональной трудоспособности является ключевым условием предоставления страхового обеспечения

пострадавшим на производстве и определяет размер возмещения утраченного заработка. Очевидно, что на тяжесть последствий производственных травм в большинстве случаев указывают сроки временной нетрудоспособности. Высокое качество и доступность медицинской помощи, в свою очередь, должны обеспечить снижение тяжести последствий травм в виде нарушений функций. Отсутствие корреляции между указанными факторами и устанавливаемой в регионах степени УПТ свидетельствует о том, что используемые критерии не отражают в полной мере степень выраженности причиненного здоровью пострадавших вреда. Учитывая возможные коррупционные риски, желательно свести к минимуму возможность свободного усмотрения и снизить число вариантов принятия решений по установлению степени УПТ путем точного определения условий и критериев. Действующие критерии позволяют с высокой степенью вариативности принимать экспертные решения по установлению степени утраты профессиональной трудоспособности, что требует их коррекции.

В свою очередь, Комитет ООН по правам инвалидов в своих заключительных замечаниях по Первоначальному докладу Российской Федерации об исполнении Конвенции о правах инвалидов рекомендует государству-участнику принять необходимые меры, направленные на повышение уровня прозрачности принимаемых экспертных решений в целях обеспечения эффективности предоставляемых пострадавшим на производстве социальных гарантий [56].

5.4 Предложения по изменению критериев оценки способности к профессиональной деятельности

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности необходимо учитывать профессиональный фактор, в частности способность пострадавшего после несчастного случая на производстве или возникновения профессионального заболевания выполнять в полном объеме профессиональную

деятельность, предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, на обычных или специальных рабочих местах.

Профессиональная деятельность в полном объеме предполагает полный рабочий день, полную рабочую неделю, выполнение норм выработки не менее чем на 100 %.

В результате последствий производственных травм и профессиональных заболеваний могут выявляться нарушения структур и функций, препятствующие продолжению профессиональной деятельности. Основные ограничения активности и участия будут определяться в домене d850 «Оплачиваемая работа». Выполнение всех условий, налагаемых должностью, специальностью и профессиональной деятельностью в целом, может стать ограниченным или невозможным.

Причинами невозможности или ограничения возможности выполнять работу по профессии могут быть:

- снижение квалификации, которое определяется с учётом тарифно-квалификационных разрядов, классов, категорий, и наступает в результате утраты навыков и умений, не позволяющей выполнять работу прежней сложности или уровня ответственности;

- невозможность продолжать работу в неблагоприятных условиях труда (тяжесть, напряжённость, воздействие вредных физико-химических факторов и т.д.), что напрямую связано с необходимостью изменения санитарно-гигиенических условий;

- невозможность выполнять работу прежнего (установленного стандартными требованиями) объёма;

- невозможность продолжать работу без использования каких-либо дополнительных устройств или технических средств, обеспечивающих индивидуальное приспособление рабочего места.

Комплекс показателей, отражающих производственные факторы, а также наличие профессионально-трудовых ограничений являются основой решения вопроса о необходимости изменения санитарно-гигиенических условий труда

работника, квалификации работника, объема его производственной деятельности, необходимости разумного приспособления рабочего места в связи с перенесенной травмой или профессиональным заболеванием.

Исходя из вышеизложенного, автором было предложено изменить методику оценки профессионального фактора с учетом современных требований по обеспечению разумного приспособления рабочих мест для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями. Адаптация рабочего места, в зависимости от тяжести нарушения функций и наличия медицинских противопоказаний, может включать в себя: снижение объема (тяжести) труда; изменение условий труда, позволяющее продолжать профессиональную деятельность при наличии медицинских противопоказаний; корректировку организации работы, рабочих графиков, разбивку производственных заданий на базовые составляющие, что позволяет продолжать профессиональную деятельность при снижении квалификации (таблица 28), создании специального рабочего места.

Таблица 28 – Действующие и предлагаемые критерии оценки степени УПТ

СУПТ, %	Действующая редакция	Предлагаемая редакция
1	2	3
10	Возможность выполнения работы по профессии со снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 часть прежней загрузки при наличии незначительных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности со снижением квалификации и/или уменьшением объема (тяжести) работ, но без необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места при наличии незначительных нарушений функций организма
20	Возможность выполнения работы по профессии со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 часть прежней загрузки при наличии незначительных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ, но при необходимости изменения условий труда при наличии незначительных нарушений функций организма

Продолжение таблицы 28

1	2	3
30	Возможность выполнения работы по профессии со снижением квалификации на один тарификационный разряд или с незначительным снижением объема профессиональной деятельности (снижение нормы выработки на 1/3 часть прежней загрузки) или при наличии возможности выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на одну категорию тяжести, при наличии незначительных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности со снижением квалификации и/или уменьшением объема (тяжести) работ при необходимости изменения условий труда, либо невозможности продолжения профессиональной деятельности при наличии незначительных нарушений функций организма
40	Возможность выполнения работы по профессии с уменьшением объема производственной деятельности или со снижением квалификации на два тарификационных разряда или с использованием профессиональных знаний, умений и навыков, но со снижением квалификации на два тарификационных разряда или при наличии возможности выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на две категории тяжести при наличии умеренных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности со снижением квалификации и/или уменьшением объема (тяжести) работ, но без необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места при наличии умеренных нарушений функций организма
50	Возможность выполнения работы по профессии со снижением квалификации на три тарификационных разряда или с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки) или при наличии возможности выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести при наличии умеренных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ, но при необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места при наличии умеренных нарушений функций организма

Продолжение таблицы 28

1	2	3
60	Возможность выполнения работы по профессии со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда или работы с использованием профессиональных знаний, умений и навыков, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда или при наличии возможности выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на четыре категории тяжести при наличии умеренных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности со снижением квалификации и/или уменьшением объема (тяжести) работ при необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места, либо невозможности продолжения профессиональной деятельности при наличии умеренных нарушений функций организма
70	Возможность выполнения работы в специально созданных производственных условиях при наличии выраженных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ на специальных рабочих местах при наличии выраженных нарушений функций организма
80	Возможность выполнения в специально созданных производственных условиях работы более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков при наличии выраженных нарушений функций организма	Возможность профессиональной деятельности при снижении квалификации или уменьшении объема (тяжести) работ на специальных рабочих местах при наличии выраженных нарушений функций организма
90	—	Возможность профессиональной деятельности при снижении квалификации и объема на специальных рабочих местах при значительно выраженных нарушениях функций организма
100	Полная утрата способности к профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных производственных или иных условиях труда при значительно выраженных нарушениях функций организма	Полная утрата способности к выполнению профессиональной деятельности, в том числе на специальных рабочих местах при значительно выраженных нарушениях функций организма

Последовательность действий по адаптации рабочих мест с учётом основных положений концепции «разумного приспособления» представлена на рисунке 6.

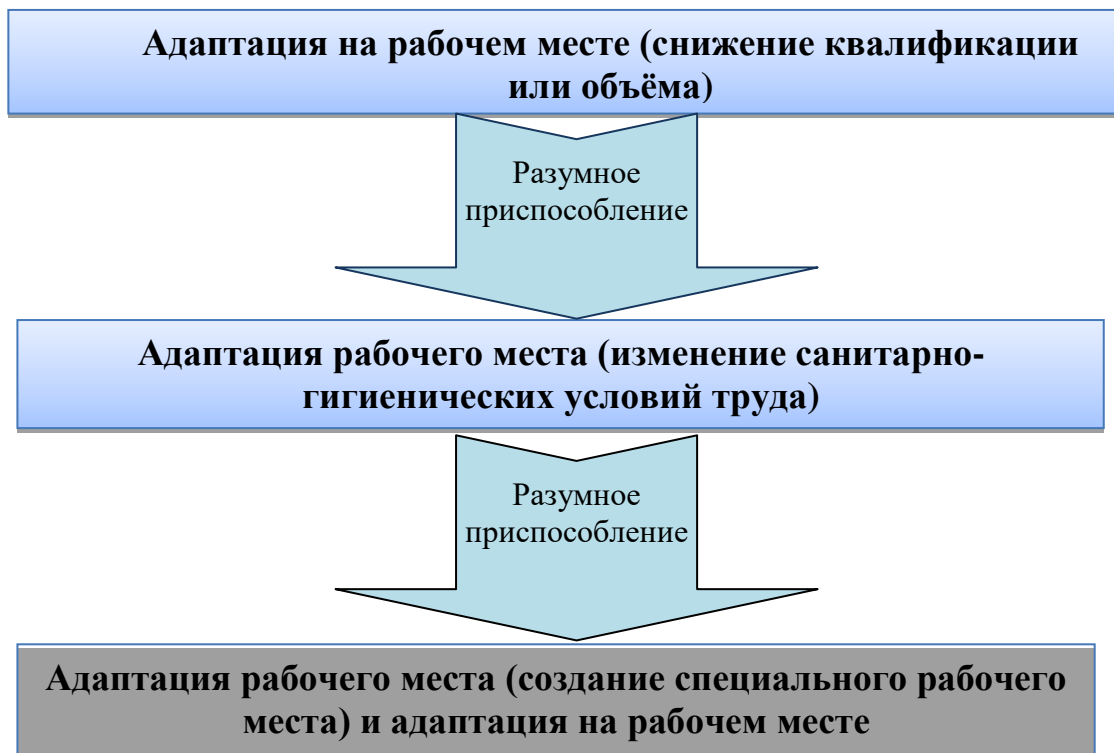


Рисунок 6 – Этапы (последовательность) действий по адаптации рабочих мест

На каждом этапе в системе «пострадавший на производстве – рабочее место» происходят всё более значимые изменения, выраженность и характер которых зависят не только от степени выраженности нарушений структур и функций (биологический фактор), но и от профессии и условий труда, в которых работал пострадавший на производстве на момент возникновения несчастного случая или развития профессионального заболевания (социальный фактор).

Таким образом, алгоритм оценки степени УПТ с использованием предлагаемых критериев и подходов может быть представлен графически (рисунок 7).

С учётом международного опыта по оценке степени утраты трудоспособности при наличии нескольких связанных с производством случаев у одного пострадавшего предложено внести изменения и в методику установления итоговой (суммарной) степени УПТ.

Алгоритм оценки



Рисунок 7 – Алгоритм экспертной диагностики по установлению степени УПТ

Итоговую степень УПТ предложено определять в зависимости от влияния совокупности последствий несчастных случаев и/или профессиональных заболеваний на нарушение функций и способность пострадавшего выполнять профессиональную деятельность, предшествующую повторному несчастному случаю или профессиональному заболеванию. В случаях, когда последствия повторных производственных травм и/или профессиональных заболеваний приводят к нарушениям одинаковых функций, итоговая степень УПТ устанавливается, исходя из имеющегося на момент освидетельствования нарушения функций и выраженности ограничения профессиональной трудоспособности.

В случаях, когда последствия повторных производственных травм и/или профессиональных заболеваний приводят к нарушениям различных функций, итоговая степень УПТ определяется по наиболее выраженным по степени тяжести. При равной выраженности функциональных нарушений в двух и более функциональных системах определение итогового процента УПТ производят с

учётом тех стойких расстройств, которые вызвали наибольшие по выраженности ограничения профессиональной трудоспособности.

Степень УПТ при очередном переосвидетельствовании устанавливается с учетом результатов реабилитации пострадавшего.

Таким образом, в ходе работы предложен ряд изменений действующих критериев оценки степени УПТ, базирующихся на основе МКФ и принципов разумного приспособления.

5.5 Результаты апробации разработанных критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах

В результате экспериментального аналитического исследования были выявлены закономерности, позволяющие оценить возможность перехода на предложенные критерии оценки профессиональной трудоспособности. Всего за указанный период в Свердловской области и Ставропольском крае было проведено 2338 освидетельствований пострадавших на производстве, объем выборочной совокупности, с учётом структуры профессиональной заболеваемости и производственного травматизма в субъектах, составил 622 освидетельствования (доверительная вероятность 99–99,7 %, доверительный интервал $\pm 4,55$ %).

В ходе исследования в ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» с 01.03.2018 по 01.09.2018 освидетельствовано 415 пострадавших (таблицы 29, 30).

С учетом 36 случаев наличия нескольких профессиональных заболеваний у одного пострадавшего всего УПТ была определена по 455 страховым случаям.

Таблица 29 – Распределение освидетельствованных в Свердловской области пострадавших по формам профессиональных заболеваний

Наименование классов и отдельных болезней	Количество освидетельствованных, абс.
1	2
Пневмокониозы (J60–65, J68)	99
Воздействие вибрации (T75)	72
Заболевания опорно-двигательного аппарата (M19, M54, M75, M77)	32
Астма (J45)	9
Нейросенсорная тугоухость (H90)	24
Злокачественные новообразования (C00, C07, C11, C16, C18, C32, C34, C44, C64, C67, C71, C74)	12
В т.ч. рак легкого (C34)	7
Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44)	7
Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского происхождения (T56–T65)	2
Катаракта (H26)	1
Прочие	4
Всего:	262

Таблица 30 – Распределение освидетельствованных в Свердловской области пострадавших по формам производственных травм

Наименование классов и отдельных болезней	Количество освидетельствованных, абс.
Последствия травм нижней конечности (T93)	52
Последствия травм верхней конечности (T92)	61
Последствия травм шеи, туловища (T91)	32
Последствия черепно-мозговых травм (T90)	14
Последствия травмы с вовлечением нескольких частей тела (T94)	16
Последствия травмы глаза (T90.4)	10
Последствия ожогов и отморожений (T95)	8
Всего:	193

В ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» с 01.03.2018 по 01.09.2018 освидетельствовано 167 пострадавших (таблица 31). Из них освидетельствовано впервые – 36 человек (21,6 % от числа освидетельствованных в рамках исследования), повторно – 131 человек (78,4 % от числа освидетельствованных в рамках исследования).

Таблица 31 – Распределение освидетельствованных в Ставропольском крае пострадавших по формам производственных травм и профессиональных заболеваний

Наименование классов и отдельных болезней	Количество освидетельствованных, абс.
Последствия черепно-мозговых травм (Т90)	15
Последствия травм глаза (Т90.4)	4
Последствия травм шеи и туловища (Т91)	16
Последствия травм верхних конечностей (Т92)	21
Последствия травм нижних конечностей (Т93)	25
Последствия травмы с вовлечением нескольких частей тела (Т94)	19
Последствия ожогов и отморожений (Т95)	2
Бруцеллёз (А23)	45
Туберкулёз лёгких (А15)	1
Нейросенсорная тугоухость (Н90)	17
Пневмокониоз (J60–65)	1
Воздействие вибрации (Т75.2)	1
Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44)	0
ВСЕГО:	167

Из общего количества освидетельствованных работающие составили 274 человека (47 % от общего числа), число лиц трудоспособного возраста – 451 человек (77,5 %).

Максимальное количество случаев установления степени УПТ в процентах отмечалось при незначительных нарушениях функций организма и составило 482 эпизода (с учетом случаев с неустановленной УПТ), что составляет практически 80 % от общего числа освидетельствований.

В ходе исследования выявлены следующие виды «рисков»:

- расхождения в характеристике степени УПТ по действующим и предлагаемым критериям;
- расхождения в количественной оценке степени УПТ по действующим и предлагаемым критериям.

По результатам совместной работы с ФКУ ГБ МСЭ выявлены «риски», связанные как с уменьшением, так и с увеличением степени утраты профессиональной трудоспособности при применении предлагаемых критериев

по сравнению с ранее установленной степенью утраты профессиональной трудоспособности при использовании действующих критериев.

Углублённый анализ структуры экспертных решений в регионах позволил сделать вывод о существенной разнице в экспертных подходах к аналогичным по тяжести и выраженности функциональных нарушений случаям. Так, в ФКУ «ГБМСЭ по Свердловской области» при незначительных нарушениях функций организма достоверно более часто устанавливалось 10 % утраты профессиональной трудоспособности (29,7 % случаев) по сравнению с ФКУ «ГБМСЭ по Ставропольскому краю» (12 % случаев). Применение предлагаемых критериев по Ставропольскому краю привело к рискам снижения степени утраты трудоспособности в 55 % случаев. В большинстве случаев эти риски выявлялись в тех случаях, когда по действующим критериям устанавливалось 20 и 30 % УПТ при незначительно выраженных нарушениях функций, обусловленных последствиями несчастных случаев или профессиональных заболеваний, исходя из необходимости уменьшения объема профессиональной деятельности на 1/5 или на 1/3 (пп. 28а, 28б действующих критериев). При проведении медико-социальной экспертизы с применением предлагаемых критериев в этих случаях установлено 10 % УПТ с учетом необходимости уменьшения объема профессиональной деятельности как таковой, без разделения по величине. По Свердловской области указанные риски отмечены лишь в 8,8 % случаев, то есть при использовании действующих критериев в аналогичных случаях устанавливалась более низкая степень утраты профессиональной трудоспособности (10, а не 30 или 20 %). Как уже было сказано, такое различие в подходах связано, в первую очередь, со сложностями оценки характера профессиональной деятельности (квалификации, качества и объема труда, способности к его выполнению). Применение новых критериев в данном случае позволило унифицировать практику принятия решений.

Риски, связанные с увеличением степени УПТ при применении новых критериев, отмечены специалистами федеральных государственных учреждений бюро МСЭ регионов в незначительном количестве случаев. Так, специалистами

ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» выявлены случаи увеличения размера УПТ с 10 % по действующим критериям до 20 % по предлагаемым критериям. Данные случаи связаны с ситуацией, когда пострадавший, ввиду утраты профессионально значимых качеств, может выполнять профессиональную деятельность, предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию при изменении санитарно-гигиенических условий труда, без снижения квалификации и объема (тяжести) трудового процесса. Данный вид риска нехарактерен для ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю», поскольку в аналогичных случаях там, как правило, устанавливалось 30 % УПТ, и данные случаи рассматривались уже в группе риска по снижению степени УПТ с 30 до 20 %.

Применение новых критериев и в данном случае позволило унифицировать подходы к принятию экспертных решений и обеспечить их единообразие, в частности по нейросенсорной тугоухости у лётного состава.

Средняя степень УПТ при использовании действующих критериев составила 35,5 % в Ставропольском крае и 26,3 % в Свердловской области (стандартное отклонение – 6,6, коэффициент вариации – 21,25 %). При использовании предлагаемых критериев – 28,5 и 25,6 %, соответственно (стандартное отклонение – 2,0, коэффициент вариации – 7,43 %). Различия коэффициентов вариации достоверны ($20,74 > 3,009$), следовательно, предлагаемые критерии обеспечивают более высокую воспроизводимость результатов (единообразие принимаемых решений по аналогичным экспертным случаям). Необходимость детальной оценки выраженности снижения квалификации на строго определённое число разрядов или объёма выполняемой работы в определённых долях, ввиду ограниченных возможностей по объективизации предлагаемых критериев, приводит к высокой вариативности принимаемых решений [147]. Особые трудности возникают при экспертизе лиц, прекративших трудовую деятельность на момент освидетельствования или трудоустроенных в другой профессии. Например, пилоту воздушного судна с нейросенсорной тугоухостью в пределах незначительных нарушений функции

организма в Свердловской области, по сложившейся практике, устанавливается 10 % УПТ, а в Ставропольском крае – 30 %, при этом и то и другое решение имеет право на существование и может быть обосновано с учётом действующих критериев. При использовании предлагаемых критериев оценка будет однозначной и обеспечит установление степени утраты профессиональной трудоспособности на уровне 20 %, поскольку наличие незначительных сенсорных нарушений не влияет на квалификацию и производительность труда пострадавшего, но требует рационального трудоустройства.

Изучена экономическая и социальная эффективность разработанных критериев. Экономическая эффективность характеризуется отношением полученного экономического эффекта, результата к затратам и ресурсам, обусловившим получение этого результата. Экономический эффект – это в первую очередь прибыль, экономия затрат, выручка. На уровне организации показателями экономической эффективности в первую очередь являются показатели рентабельности, фондоотдачи, оборачиваемости средств, производительности труда [26]. Применительно к медико-социальной экспертизе можно говорить об экономии затрат, связанной с увеличением производительности труда экспертных составов в результате конкретизации критериев установления степени утраты трудоспособности, что существенно облегчает их применение. Если при применении действующих критериев необходимо анализировать весь спектр изменения профессиональных факторов, например, определять конкретный объём снижения норм выработки (1/3, 1/5, 1/10), изменение тарификационных разрядов в различных профессиях с точностью до 1 разряда, то предлагаемые критерии предусматривают только качественную оценку возможности снижения выработки и квалификации. Определение конкретных долей снижения выработки пострадавшего возможно провести только при оценке производственного процесса непосредственно на его рабочем месте. Определить с высокой точностью степень снижения квалификации можно только при условии продолжения пострадавшим на производстве трудовой деятельности, что встречается далеко не всегда. Таким

образом, в большом количестве случаев, установление конкретной степени утраты профессиональной трудоспособности требует не только длительного наблюдения за нормами выработки, но и трудоустройства пострадавшего по окончании реабилитационных мероприятий. Подобный углублённый анализ, в отличие от предлагаемых качественных критериев, занимает гораздо больше времени.

Социальная эффективность — это соотношение полученного социального эффекта и затрат, способствующих его достижению. Социальный эффект заключается прежде всего в удовлетворении потребностей общества [205]. Предлагаемые критерии более прозрачны и просты для восприятия, используемые методы объективизации функциональных нарушений стандартны и воспроизводимы, что должно обеспечить повышение качества, объективности, доступности и эффективности медико-социальных экспертных услуг, что, в свою очередь, должно снизить долю решений главных бюро медико-социальной экспертизы по переосвидетельствованию граждан, обжалованных в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, в общем количестве принятых главными бюро медико-социальной экспертизы решений по переосвидетельствованию граждан, а также долю удовлетворенных судебных исков, поданных гражданами в отношении решений бюро (главного бюро, Федерального бюро) медико-социальной экспертизы, в общем количестве исков граждан, по которым судом принято решение в отношении решений бюро (главного бюро, Федерального бюро).

Таким образом, проведённая апробация предлагаемых критериев показала не только возможность достижения основной задачи по повышению воспроизводимости и прозрачности получаемых в результате освидетельствования результатов, но и допустимый уровень риска существенного изменения экспертных оценок до и после введения новых критериев у конкретных пострадавших. Помимо этого, продемонстрирована высокая социальная и экономическая эффективность перехода на предлагаемые к дальнейшему использованию критерии.

При написании данной главы были использованы следующие публикации автора:

1. Пути оптимизации механизмов определения размеров вреда здоровью пострадавших от внешних воздействий / И.А. Божков, С.У. Дикаев, О.В. Владимирова, Г.О. Пенина, М.А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2017. – № 3 (101). – С. 74–79.

2. Практика и результаты экспертизы профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве / Г.О. Пенина, И.В. Деденева, Н.П. Чистякова, М.А. Севастьянов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 1. – С. 54–58.

3. Практика применения и пути совершенствования критериев установления степени утраты профессиональной трудоспособности на территории Российской Федерации / Г.О. Пенина, И.А. Божков, И.В. Деденева, М.А. Севастьянов, И.А. Чистякова // Казанский медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 544–549.

4. Проблемы практического применения критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве / М.А. Севастьянов, Г.О. Пенина, Л.А. Карасаева, И.В. Деденева, Н.П. Чистякова, И.А. Божков, В.С. Лучкевич // Таврический медико-биологический вестник. – 2020. – № 1. – С. 95–102.

5. Учёт возможности разумного приспособления и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности / М.А. Севастьянов, Г.О. Пенина, И.В. Деденева, Н.П. Чистякова, И.А. Божков // Инновационные технологии реабилитации: наука и практика : сборник статей II Международной научной конференции (г. Санкт-Петербург, 18–19 апреля 2019 г.). – Санкт-Петербург : ООО «ЦИАЦАН», 2019. – С. 128-134.

6. Севастьянов, М.А. Региональные особенности установления степени утраты профессиональной трудоспособности / М.А. Севастьянов, Г.О. Пенина, И.В. Деденева // Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное

взаимодействие : сборник материалов научно-практической конференции (г. Санкт-Петербург, 14 сентября 2018 г.); под ред. Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург : ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. – С. 143–146.

7. Новые подходы к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (обзор нормативных правовых документов) / М.А. Севастьянов, С.А. Бондарев, Г.О. Пенина, И.В. Деденева, И.А. Чистякова, И.А. Божков, О.В. Владимирова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 3. – С. 55–62.

ГЛАВА 6. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И УПРАВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ПРОЦЕССОМ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

6.1 Концепция медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве с позиций Международной классификации функционирования

В раздел МКФ «Главные сферы жизни» – «Работа и занятость» включен домен d845 «Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений», который предусматривает не только выполнение обязанностей, но и поиск, нахождение и выбор работы, прием на работу и принятие условий, продвижение и увольнение с работы в установленном порядке. В частности, поиск работы предполагает подготовку документов или анкетных данных, контакт с предпринимателем, подготовку к собеседованию, подачу объявления. Вызванные болезнью, травмой или увечьем нарушения функций организма, в зависимости от временного или стойкого их характера, могут приводить к временной или стойкой нетрудоспособности. Утрата трудоспособности, как профессиональной, так и общей, является существенным фактором, отражающим значительное снижение качества жизни, что обуславливает необходимость проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных, в первую очередь, на восстановление утраченной трудоспособности [31, 96].

Существующий в настоящее время механизм обеспечения реабилитационными мероприятиями застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, является составной частью системы государственного социального страхования Российской Федерации, основной субъект которой – пострадавший на производстве [12, 168].

Вопросы совершенствования системы реабилитации необходимо рассматривать через призму индивидуальных потребностей пострадавшего с

позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [10]. Основной целью совершенствования системы как таковой должно стать устранение барьеров и увеличение количества облегчающих факторов для уменьшения ограничений активности и ограничений возможности участия лиц, пострадавших на производстве.

В целом изучение процессов функционирования и способностей застрахованного лица, пострадавшего на производстве, возможно с помощью доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, систематизированных информационной концепцией МКФ. При изучении административных барьеров и облегчающих факторов их можно классифицировать с использованием соответствующих доменов и определителей.

Как было показано в главе 3, в системе реабилитации лиц, пострадавших на производстве, дополнительные расходы на медицинскую реабилитацию застрахованных в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, и дополнительные расходы на предоставление ТСР и ПОИ занимают первое ранговое место, и их оптимизация коснётся более чем 60 % пострадавших на производстве, поэтому необходимо тщательно проанализировать возможные риски и установить адекватные показатели социальной эффективности проводимых мероприятий.

На основе изучения достоинств и недостатков действующей российской системы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве, выдвинута следующая **гипотеза**: переход от существующей системы оплаты расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией, лиц, пострадавших на производстве, в том числе инвалидов, к введению электронного сертификата как средства финансирования целесообразен, если:

- 1) прогнозируется выгодоприобретение различных участников системы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве;

2) прогнозируются преодолимые риски, связанные с изменением системы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве;

3) прогнозируется экономическая и социальная эффективность от изменения системы обеспечения реабилитационными мероприятиями лиц, пострадавших на производстве;

4) отсутствует дискриминация лиц, пострадавших на производстве;

5) присутствует готовность целевой аудитории (то есть лиц, пострадавших на производстве) к введению нового порядка обеспечения реабилитационными мероприятиями.

Предлагаемая стратегия совершенствования реабилитационного обеспечения лиц, пострадавших на производстве, с учетом введения Сертификата (далее – Стратегия), включает в себя воздействие на административные системы, службы и политику реабилитации пострадавших на производстве.

В системе обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в России наибольшее значение имеют домены:

– **e570** *«Службы, административные системы и политика социального страхования»*, предназначенные для обеспечения материальной поддержки людей, нуждающихся в социальной помощи из-за состояния здоровья или ограничений жизнедеятельности;

– **e580** *«Службы, административные системы и политика здравоохранения»* – для предотвращения болезней и лечения, обеспечения медицинской реабилитацией и пропаганды здорового образа жизни;

– **e590** *«Службы, административные системы и политика труда и занятости»*, предназначенные для поиска подходящей работы безработным или людям, ищущим другую работу, или осуществляющие поддержку индивидов, ищущих продвижения по службе.

Службы социального страхования лиц, пострадавших на производстве, включают страхователей (работодателей), медицинские организации, органы

Роспотребнадзора, экспертные организации (связи заболевания с профессией, медико-социальной экспертизы), реабилитационные организации различных форм собственности и принадлежности, в том числе реабилитационные центры ФСС РФ и др.

Административные системы представлены системами стратегического, тактического и организационно-координационного управления.

Политика реабилитации застрахованных лиц, пострадавших на производстве, представлена нормативно-правовыми, методическими и информационными документами.

Существующая в настоящее время система реабилитации застрахованных лиц, пострадавших на производстве, нуждается в реформировании, определении приоритетов, нацеленных на восстановление здоровья, трудоспособности и других ограничений жизнедеятельности. На первый план должно выходить качество предоставляемых реабилитационных и медицинских услуг [109].

В настоящее время определены условия, размеры и порядок оплаты расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, пострадавших на производстве, но нет четких указаний по маршрутизации лиц, пострадавших на производстве, в медицинские организации для проведения комплексной непрерывной реабилитации, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах, в том числе на базе Центров реабилитации ФСС РФ, в учреждения профессиональной и социальной реабилитации.

В целях координации работы по эффективному оказанию медицинской и социальной помощи застрахованным в подведомственных бюджетных учреждениях и на договорной основе с иными заинтересованными организациями, расположенными на территории Российской Федерации, условия и порядок работы которых определяются Правлением ФСС РФ, а также в целях совершенствования работы по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации лиц, пострадавших на производстве, может быть предложено создание страховщиком *службы реабилитационного менеджмента*.

Под реабилитационным менеджментом понимают случай менеджмента в отношении *процесса* реабилитации лица, пострадавшего на производстве.

Ключевыми участниками (элементами) реабилитационного менеджмента являются:

- лицо, пострадавшее на производстве;
- страховщик;
- страхователь.

Основными принципами работы системы реабилитационного менеджмента являются:

1) *адресность* – личный контакт менеджера с пострадавшим в ходе всего реабилитационного процесса, индивидуальное оперативное решение возникающих в ходе реабилитации организационных проблем;

2) *эффективность и результативность* – четкое понимание менеджером целей и задач реабилитационного процесса индивидуума, его координация и контроль;

3) *комплексность* – партнерская связь всех участников, предоставляющих различного вида услуги, необходимые для достижения конечной цели реабилитационного процесса;

4) *мотивация* пострадавших к выполнению реабилитационных назначений.

Стратегическое управление реабилитационной работой является верхним уровнем интегративной системы управления и представляет собой управление на основе выявления и мониторинга рыночной ситуации, гибкого реагирования на меняющиеся факторы внешней среды с целью достижения максимального социального эффекта от реабилитационной работы в долгосрочной перспективе [114, 190].

Основные задачи стратегического уровня управления:

- 1) осуществление мониторинга внешней среды;
- 2) разработка целей, целевых показателей, концепции и стратегии развития системы реабилитации лиц, пострадавших на производстве.

Тактическое управление является вторым уровнем интегративного управления. Основная задача тактического управления – осуществление анализа, оценки и совершенствования реабилитационной работы. Видится целесообразным применение процессного подхода к тактическому управлению. Процессный подход к тактическому управлению системой реабилитационной работы – это управление реабилитационной работой путем построения системы процессов, управления ими, осуществление деятельности по улучшению процессов.

В настоящее время система реабилитации пострадавших на производстве сочетает в себе элементы административного (структурно-функционального) управления и программно-целевого управления. Процессное управление – это альтернатива функциональному управлению. Хотя функциональное управление используется широко, но уже давно было признано, что оно порождает множество трудностей [52]. Различные функциональные структуры часто имеют очень узкий взгляд и не заинтересованы в том, что прямо их не касается. Часто организации, участвующие в реабилитационной работе, сосредоточены только на своих функциях и то, что происходит за их пределами, их не волнует.

Обмен информацией также часто тормозится из-за передачи информации сверху вниз и снизу вверх, а не по горизонтали напрямую между организациями.

Система реабилитационной работы состоит из основных и вспомогательных процессов. Основной процесс – это поток работ по реабилитации, переходящий от одной организации к другой, он создает услугу, удовлетворяет потребность пострадавших на производстве в реабилитации. Потребителем основного процесса являются лица, пострадавшие на производстве.

Процессное управление оказанием реабилитационных услуг ставит акцент на качественное выполнение работ, ориентированных на результаты. Основные из них представлены ниже:

- установление измеряемого результата процессов и подпроцессов;
- создание системы учета результатов процессов и подпроцессов;
- оценка и анализ результатов за три предшествующих года;

- внедрение механизмов взаимоувязки средств, выделяемых на процесс (подпроцесс), с достижением заданных результатов;
- стимулирование ответственных за процессы и подпроцессы, за поиск резервов повышения эффективности расходов;
- утверждение регламентирующей документации по реализации процессов и подпроцессов.

Функционирование процессно-ориентированной системы управления реабилитацией пострадавших в общем виде включает разные этапы (рисунок 8).



Рисунок 8 – Этапы процессно-ориентированной системы управления реабилитацией лиц, пострадавших на производстве

Тактическое процессное управление способно обеспечить постоянное соответствие осуществляемой реабилитационной работы потребностям рынка и меняющейся внешней среде.

Третьим уровнем иерархии управления является оперативно-координационное управление, которое призвано обеспечить текущую работу по реабилитации лиц, пострадавших на производстве, за счет координации деятельности организаций, участвующих в данных процессах и действий лиц, пострадавших на производстве.

Один из ключевых принципов работы координационного органа – максимально высокий уровень доступности реабилитационной помощи для пострадавших на производстве. Функции координационного органа могут быть возложены на Службу реабилитационного менеджмента, реабилитационные центры или другие структуры.

Оперативно-координационное управление имеет два взаимосвязанных направления: 1) управление организациями, участвующими в осуществлении реабилитационных работ; 2) проектное управление по каждому страховому случаю с пострадавшим.

Организации, участвующие в реабилитационной работе, должны рассматриваться как объединение взаимно независимых партнеров, действующих для достижения определенных партнерами целей по согласованным правилам и коммуникационным каналам [115].

Координирующему органу присущи следующие основные признаки:

- наличие объединяющей цели, недостижимой вне сети каждым отдельно взятым ее участником;
- добровольность связей, обеспечивающая гибкость в структуре и позволяющая обеспечить взаимозаменяемость в составе участников сети, а также возможность оперативного изменения объемов ресурсов, которыми располагает сеть;
- независимость партнеров по сети, которые имеют возможность самостоятельно определять приоритеты собственной деятельности, однако должны при этом нести ответственность за ее конечный результат;

– множественность уровней взаимодействия; следуя данному принципу, каждый участник сети может взаимодействовать напрямую с любым своим партнером по сетевой структуре.

Сеть организаций создается под каждый конкретный страховой случай – под каждого пострадавшего, нуждающегося в реабилитации. Актуальной является задача формирования участников данной сетевой структуры. Формирование состава организаций представляет собой нахождение варианта наилучшего достижения результатов реабилитации. Основными критериями для включения организации в данную структуру является наличие ключевых компетенций и ресурсов для достижения целей реабилитации. Состав и число организаций, участвующих в реабилитации конкретного пострадавшего, может меняться и носит рекомендательный характер для пострадавшего. При этом координационный орган должен иметь возможность под каждого пострадавшего подобрать наилучший состав организаций, совместная деятельность которых будет способствовать реабилитации пострадавшего.

В настоящее время осуществляется эксперимент по созданию системы реабилитационного менеджмента. Одним из основных направлений деятельности данной службы является координирование деятельности всех необходимых медицинских и иных организаций и служб на всех этапах реабилитационного процесса. Оперативно-координационное управление направлено на максимальную реабилитацию пострадавших с учетом имеющихся временных, информационных, кадровых, материальных и финансовых ресурсов.

При функционировании службы реабилитационного менеджмента возможно реализовать управление, ориентированное на пострадавшего, при котором реабилитация пострадавшего рассматривается как отдельный проект. Проект начинается с момента обращения пострадавшего.

Стадии и этапы проектного управления реабилитацией пострадавшего представлены на рисунке 9.



Рисунок 9 – Этапы процессно-ориентированной системы управления реабилитацией лиц, пострадавших на производстве

Поскольку предполагается, что представитель службы реабилитационного менеджмента должен иметь личный контакт с пострадавшим в ходе непрерывного реабилитационного процесса, то проектное управление, ориентированное на пострадавшего, видится реализуемым.

Таким образом, действующими нормативными документами регулируется порядок предоставления, оплаты или компенсации расходов пострадавших на производстве на проведение тех или иных реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности осуществляется в первую очередь на основе экстенсивных показателей (количество обеспеченных, затраченные средства, количество выполненных мероприятий). При этом вопросы маршрутизации, координации работы различных служб, оценки результатов реабилитации, в первую очередь профессиональной, по параметрам эффективности в действующем законодательстве не рассматриваются [24]. Низкая эффективность проводимых мероприятий на фоне ежегодного роста расходов настоятельно требует изменения подходов не только к организации процесса реабилитации пострадавших на производстве, но и к изменению механизмов предоставления различных реабилитационных мероприятий на базе современных подходов, используемых в практике проектного менеджмента.

6.2 Межведомственное взаимодействие в системе медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве на примере обеспечения техническими средствами реабилитации

Схема оплаты дополнительных расходов пострадавших на производстве с использованием ЭС на примере ТСП между производителями (поставщиками) услуг по реабилитации, страховщиками и лицами, пострадавшими на производстве, состоит из нескольких этапов, из которых складывается система взаиморасчетов (рисунок 10):



Рисунок 10 – Схема взаиморасчетов при оплате расходов на приобретение ТСП пострадавших на производстве с применением ЭС

1) определение перечня ТСП, предоставляемых на основании ЭС и их базовых технических характеристик, расчет нормативной стоимости ТСП, определение минимальных требований к поставщикам ТСП;

2) подача/приём заявок на включение в Реестр;

3) подтверждение включения поставщика ТСП в Реестр;

4) обращение пострадавшего с заявлением на получение ТСП с приложением ПРП;

5) предоставление ЭС потребителям, сообщение потребителям данных о поставщиках, входящих в Реестр;

6) выбор потребителем самостоятельно или с помощью страхового менеджера поставщика ТСП и собственно ТСП, получение выбранного изделия;

7) предоставление поставщику ЭС (в случае, если стоимость ТСП превышает норматив стоимости, указанный в Сертификате, потребитель осуществляет доплату в необходимом размере);

8) предъявление ЭС и документов, подтверждающих предоставление указанных видов (средств) реабилитации в территориальный орган ФСС;

9) получение поставщиком услуг платы за предоставленные ТСР.

Оплата расходов на ТСР пострадавшим на производстве с применением ЭС реализует принцип *«деньги следуют за потребителем»* и обладает рядом уникальных преимуществ. Оплата с использованием ЭС дает свободу в выборе поставщика и непосредственно ТСР с учетом возможностей софинансирования, исходя из индивидуальных предпочтений и возможностей потребителя.

Субъектами договорных отношений в случае предоставления ТСР пострадавшему на производстве являются поставщик – организация, предоставившая ТСР, и покупатель – гражданин, приобретающий ТСР. Только потребитель вправе принять решение о приобретении ТСР у конкретного поставщика или отказе от изделия. ФСС РФ по отношению к получателю ЭС имеет обязательство предоставления ЭС, а по отношению к поставщику ТСР – обязательство оплаты предоставленных ТСР при предъявлении ЭС.

К участию в осуществлении реабилитационных мероприятий следует приглашать организации любых форм собственности, организационно-правовых форм, а также индивидуальных предпринимателей.

ФСС РФ заинтересован в том, чтобы государственные средства были направлены на приобретение ТСР, соответствующих определенным качественным характеристикам. Именно для соблюдения этих целей необходимо ограничить круг поставщиков лицами, которые заинтересованы в предоставлении ТСР с оплатой на основании ЭС и соответствуют требованиям действующего законодательства. Процедуры отбора должны быть максимально прозрачными и предусматривать возможность участия в них любых субъектов, действующих на рынке ТСР, для оплаты которых предполагается использовать ЭС.

Оплата расходов на ТСР пострадавшими на производстве с применением ЭС предполагает отказ от специальной процедуры закупок для государственных и муниципальных нужд. При проведении закупок товаров, работ и услуг для государственных и муниципальных нужд, как правило, предусматривается выбор только одного поставщика, который становится победителем конкурса (аукциона), что препятствует реализации потребителем права на выбор

поставщика ТСР. Применение конкурсных (аукционных) процедур делает невозможным постоянный допуск к участию в предоставлении услуг новых поставщиков по мере их появления или возникновения у существующих поставщиков интереса к выходу на новые рынки.

Ограничение круга поставщиков целесообразно осуществлять посредством внедрения реестра поставщиков услуг по реабилитации застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Большое значение имеет информационная кампания, проводимая как с потенциальными поставщиками, так и с пострадавшими на производстве, целью которой является разъяснение технологии работы с применением ЭС. Информационная кампания должна начинаться с момента принятия нормативного акта, закрепляющего ЭС как средство оплаты конкретных реабилитационных мероприятий. Особое внимание при информировании следует уделить процедуре включения поставщиков в Реестр, требованиям к поставщикам и изделиям, необходимости ведения конкурентной борьбы за получателя реабилитационных мероприятий, принципам формирования нормативной стоимости ТСР, возможности софинансирования предьявителем ЭС при получении реабилитационных мероприятий, порядку предоставления ЭС для оплаты и порядку перечисления средств.

Применение ЭС позволит осуществлять автоматический контроль на каждом этапе его обращения. Кроме этого, ЭС может быть использован не только для оплаты через терминал, но и при приобретении товара в интернет-магазине.

Применение ЭС, при соблюдении ряда условий, принципиально возможно и позволит не только существенно упростить процедуру получения реабилитационной услуги, устранив целый ряд административных барьеров, но и повысить её качество за счёт расширения возможностей по учёту индивидуальных потребностей пострадавших на производстве.

6.3 Выгоды и риски использования электронного сертификата в медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве на примере обеспечения техническими средствами реабилитации

Анализ выгод и рисков стейкхолдеров применительно к введению ЭС включает в себя следующие компоненты:

- идентификацию и систематизацию основных стейкхолдеров;
- формулирование целей и прогноза ожиданий от введения ЭС для каждой из выявленных групп на основе сбора и анализа информации;
- оценку влияния введения ЭС на каждую из групп;
- оценку выгоды от введения ЭС с учетом приоритетности потребностей и выгод для каждой группы заинтересованных сторон.

Первая группа стейкхолдеров – пострадавшие на производстве. Значимые факторы для данной группы: качество ТСП, доступность ТСП, стоимость ТСП, индивидуальный подход, разнообразие выбора. Ожидаемыми выгодами от введения ЭС для лиц, пострадавших на производстве, будут являться следующие: повышение доступности ТСП; возможность широкого выбора организации, в которой можно приобрести ТСП; возможность выбора ТСП для наилучшего удовлетворения индивидуальных потребностей и предпочтений; появление возможности софинансирования для приобретения ТСП с лучшими характеристиками и дополнительными опциями; повышение качества ТСП.

Другая значимая группа стейкхолдеров – это организации – производители и продавцы ТСП. Факторы, имеющие существенное значение для организаций, представляющих ТСП: спрос на продукцию, своевременное получение оплаты за ТСП, экономия затрат. Ожидаемыми выгодами от введения ЭС для организаций, занимающихся изготовлением и реализацией ТСП, являются: рост объемов реализации ТСП; появление возможности для свободной конкуренции; упрощение взаимоотношений с ФСС РФ.

Третья группа стейкхолдеров – ФСС РФ, региональные отделения ФСС. Ожидаемыми выгодами от введения ЭС для ФСС РФ являются следующие:

повышение уровня обеспеченности нуждающихся в ТСР после несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний; сокращение числа жалоб со стороны пострадавших на производстве, нуждающихся в ТСР; экономия трудозатрат ФСС РФ при отказе от проведения закупок для государственных и муниципальных нужд; повышение качества финансового планирования; обеспечение прозрачности финансовых потоков; обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина; рациональное расходование средств обязательного социального страхования.

Указанные три группы стейкхолдеров являются основными, но стоит указать также в качестве группы стейкхолдеров исполнительные органы власти субъектов Российской Федерации. Введение ЭС, снижение барьеров выхода на рынок будут способствовать росту занятости, увеличению налоговых поступлений в бюджет в связи с созданием и функционированием новых предприятий на территории региона.

Результаты оценки выгод от внедрения ЭС для лиц, пострадавших на производстве, представлены в таблицах 32–34 и на рисунке 11.

Таблица 32 – Оценка выгод лиц, пострадавших на производстве, от внедрения ЭС представителями учреждений МСЭ, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР	0,8	7,29	5,83
Расширение возможностей выбора технических средств реабилитации	0,8	7,76	6,21
Получение возможности софинансирования для приобретения ТСР с лучшими характеристиками и дополнительными опциями	0,7	5,01	3,51
Повышение качества технических средств реабилитации с учетом роста конкуренции	0,7	7,61	5,33

Для пострадавших на производстве, по мнению специалистов учреждений МСЭ, наиболее значимы такие выгоды (интегральная оценка – выше 5 баллов), как: расширение возможностей выбора ТСР (6,21 балл), наличие возможности выбора организаций – поставщиков ТСР (5,83 балла), повышение качества ТСР с учетом роста конкуренции (5,33 балла).

Таблица 33 – Оценка выгод лиц, пострадавших на производстве, от внедрения ЭС представителями организаций – производителей (поставщиков) ТСР, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР	0,9	8,78	7,9
Расширение возможностей выбора технических средств реабилитации	0,8	7,56	6
Получение возможности софинансирования для приобретения ТСР с лучшими характеристиками и дополнительными опциями	0,6	5,88	3,5
Повышение качества технических средств реабилитации с учетом роста конкуренции	0,5	6,56	3,3

Выгоды для пострадавших от внедрения ЭС, которые выделяют организации – производители (поставщики) ТСР, следующие: наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР, расширение возможностей выбора технических средств реабилитации (интегральная оценка значимости выгоды – 7,9 и 6 баллов, соответственно). Также можно заметить, что организации – производители (поставщики) ТСР, в отличие от специалистов учреждений МСЭ, не считают, что повышение качества технических средств реабилитации с учетом роста конкуренции будет значимо для пострадавших (всего лишь 3,3 балла).

По оценке региональных отделений ФСС, все предложенные выгоды являются значимыми для пострадавших на производстве (интегральная оценка всех выгод – в районе 5 баллов).

Таблица 34 – Оценка выгод лиц, пострадавших на производстве, от внедрения ЭС представителями региональных отделений ФСС РФ, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Наличие возможности выбора организации – поставщика ТСП	0,80	8,12	6,49
Расширение возможностей выбора технических средств реабилитации	0,76	8,26	6,27
Получение возможности софинансирования для приобретения ТСП с лучшими характеристиками и дополнительными опциями	0,77	6,47	4,99
Повышение качества технических средств реабилитации с учетом роста конкуренции	0,71	7,47	5,27

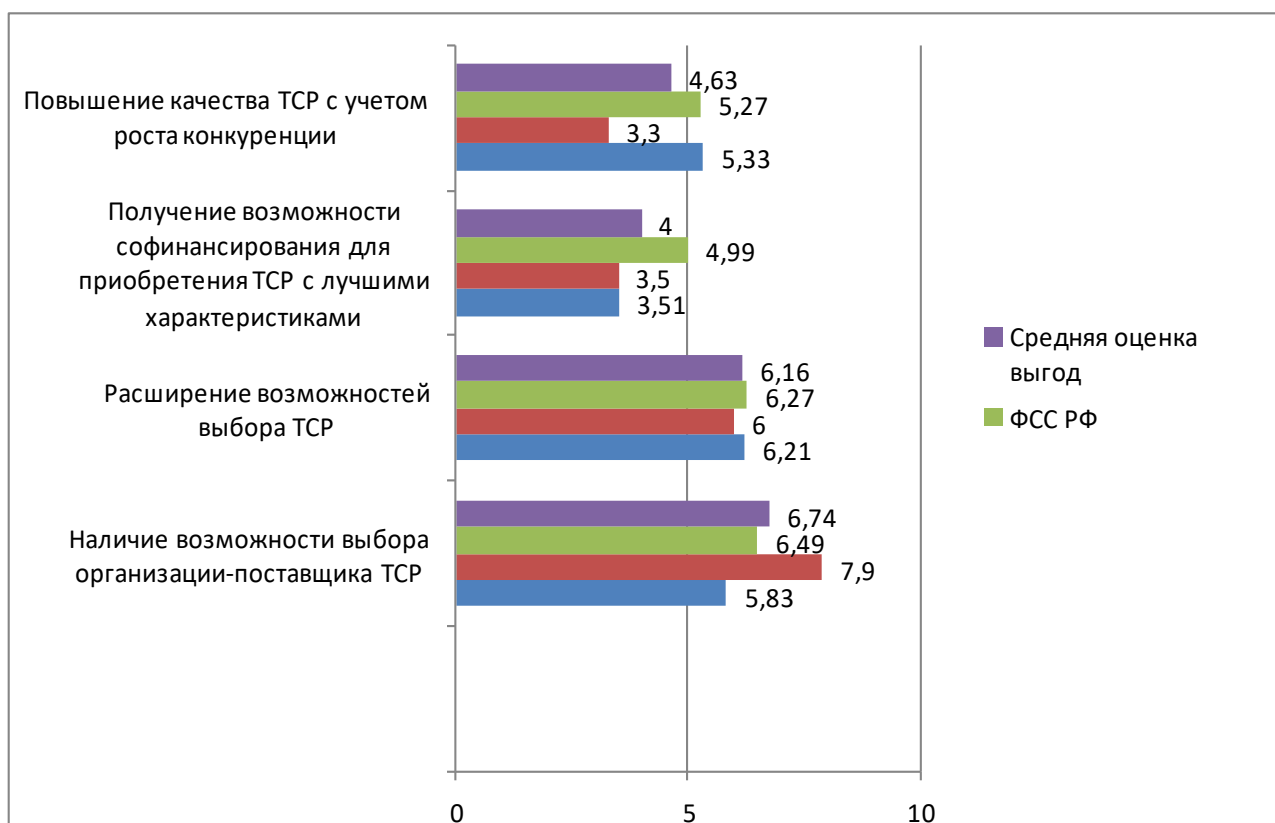


Рисунок 11 – Средняя оценка выгоды для лиц, пострадавших на производстве, от внедрения ЭС экспертами в целом, в баллах

В целом, по мнению экспертов, для лиц, пострадавших на производстве, наиболее значимы первые два фактора: наличие возможности выбора организации – поставщика ТСП и расширение возможностей выбора технических средств реабилитации (средняя оценка – выше 6 баллов). Специалисты учреждений МСЭ и региональных отделений ФСС РФ видят наименьшую выгоду для пострадавших в виде получения возможности софинансирования для приобретения ТСП с лучшими характеристиками и дополнительными опциями (3,51 и 3,5 баллов, соответственно).

Результаты оценки выгод производителей (поставщиков) технических средств реабилитации от внедрения ЭС представлены в таблицах 35–38.

Таблица 35 – Оценка выгод производителей (поставщиков) от внедрения ЭС представителями учреждений МСЭ, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Возможность увеличения объемов реализации ТСП	0,6	7,18	4,31
Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта	0,6	4,63	2,78
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	0,7	7,18	4,12

Выгоды от внедрения ЭС для производителей (поставщиков), по мнению представителей учреждений МСЭ, будут иметь не очень высокую значимость (интегральная оценка – менее 5 баллов). Среди анализируемых выгод более высокая значимость таких выгод, как экономия за счет отказа от процедуры закупок и уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта.

Таблица 36 – Оценка выгод производителей (поставщиков) от внедрения ЭС представителями организаций – производителей ТСП, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Возможность увеличения объемов реализации ТСП	0,4	5,44	2,18
Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта	0,6	5,89	3,56
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	0,4	5,22	2

Как считают сами организации – производители (поставщики) ТСП, выгоды от внедрения ЭС будут не столь значимы (интегральная оценка – менее 4 баллов). Среди рассмотренных выгод организации – производители (поставщики) выделяют уменьшение средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта (интегральная оценка – 3,56 баллов).

Таблица 37 – Оценка выгод производителей (поставщиков) от внедрения ЭС представителями региональных отделений ФСС РФ, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Возможность увеличения объемов реализации ТСП	0,44	6,68	2,95
Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта	0,65	8,26	5,37
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	0,71	7,47	5,32

Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта, является наиболее значимой выгодой для производителей по мнению региональных отделений ФСС (средняя оценка – 8,26 баллов; интегральная оценка – 5,37 баллов).

Анализируя оценки экспертов, можно заключить, что выгоды для производителей будут малозначимы (средняя оценка – менее 4 баллов). Наименьшие оценки дают сами организации – производители (поставщики) ТСР.

Таблица 38 – Средняя оценка выгод производителей (поставщиков) от внедрения ЭС экспертами в целом, в баллах

Наименование выгоды	Учреждения МСЭ	Поставщики ТСР	ФСС РФ	Средняя оценка выгод
Возможность увеличения объемов реализации ТСР	4,31	2,18	2,95	3,63
Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта	2,78	3,56	5,37	3,90
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	4,12	2	5,32	3,81

Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта, является наиболее значимой выгодой для производителей, по мнению региональных отделений ФСС (средняя оценка – 8,26 баллов; интегральная оценка – 5,37 баллов).

Анализируя оценки экспертов, можно заключить, что выгоды для производителей будут малозначимы (средняя оценка – менее 4 баллов). Наименьшие оценки дают сами организации – производители (поставщики) ТСР.

Результаты оценки выгод ФСС РФ от внедрения ЭС представлены в таблицах 39–41 и на рисунке 12.

Для ФСС РФ, по мнению специалистов учреждений МСЭ, наиболее значимыми выгодами (интегральная оценка – выше 5 баллов) являются: рациональное использование средств ФСС, прозрачность финансовых потоков, обеспечение баланса целевого назначения ЭС, сокращение времени на подготовку документов для проведения конкурсного отбора поставщиков ТСР.

Таблица 39 – Оценка выгод ФСС РФ от внедрения ЭС представителями учреждений МСЭ, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Сокращение числа жалоб со стороны пострадавших на производстве и нуждающихся в ТСП	0,6	6,93	4,16
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	0,7	6,85	4,80
Возможность повышения качества финансового планирования	0,6	6,54	3,92
Прозрачность финансовых потоков	0,7	7,39	5,17
Обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина	0,7	7,39	5,17
Рациональное использование средств ФСС за счет оплаты ТСП по факту предоставления	0,7	7,52	5,26
Сокращение времени на подготовку документов для проведения конкурсного отбора поставщиков ТСП	0,7	7,16	5,01

Таблица 40 – Оценка выгод ФСС от внедрения ЭС представителями организаций – производителей (поставщиков) ТСП, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Сокращение числа жалоб со стороны пострадавших на производстве и нуждающихся в ТСП	0,5	6,29	3,44
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	0,4	8,29	3,59
Возможность повышения качества финансового планирования	0,5	5,43	2,80
Прозрачность финансовых потоков	0,4	6,43	2,87
Обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина	0,5	7,43	3,93
Рациональное использование средств ФСС за счет оплаты ТСП по факту предоставления	0,6	8,00	4,88
Сокращение времени на подготовку документов для проведения конкурсного отбора поставщиков ТСП	0,6	6,71	3,78

Представители организаций – производителей (поставщиков) ТСР считают, что после внедрения сертификата наиболее значимая выгода для ФСС будет от рационального использования средств за счет оплаты ТСР по факту предоставления (интегральная оценка – 4,88), а выгода в виде возможности повышения качества финансового планирования будет наименее значима для отделений ФСС.

Таблица 41 – Оценка выгод ФСС РФ от внедрения ЭС представителями его региональных отделений, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Сокращение числа жалоб со стороны пострадавших на производстве и нуждающихся в ТСР	0,63	7,16	4,51
Экономия средств за счет отказа от процедуры закупок	0,71	8,06	5,74
Возможность повышения качества финансового планирования	0,57	7,06	4,03
Прозрачность финансовых потоков	0,75	7,53	5,64
Обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина	0,78	8,03	6,26
Рациональное использование средств ФСС за счет оплаты ТСР по факту предоставления	0,63	7,74	4,85
Сокращение времени на подготовку документов для проведения конкурсного отбора поставщиков ТСР	0,61	6,94	4,21

По мнению экспертов региональных отделений, наибольшие выгоды при введении ЭС будут получены в результате обеспечения баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина, также будет иметь значение обеспечение прозрачности финансовых потоков и экономия средств в результате отказа от процедуры закупок.

По результатам анализа можно говорить о том, что выгоды ФСС РФ от введения ЭС будут достигаться за счёт повышения свободы выбора пострадавших и повышения прозрачности расходования финансовых средств.

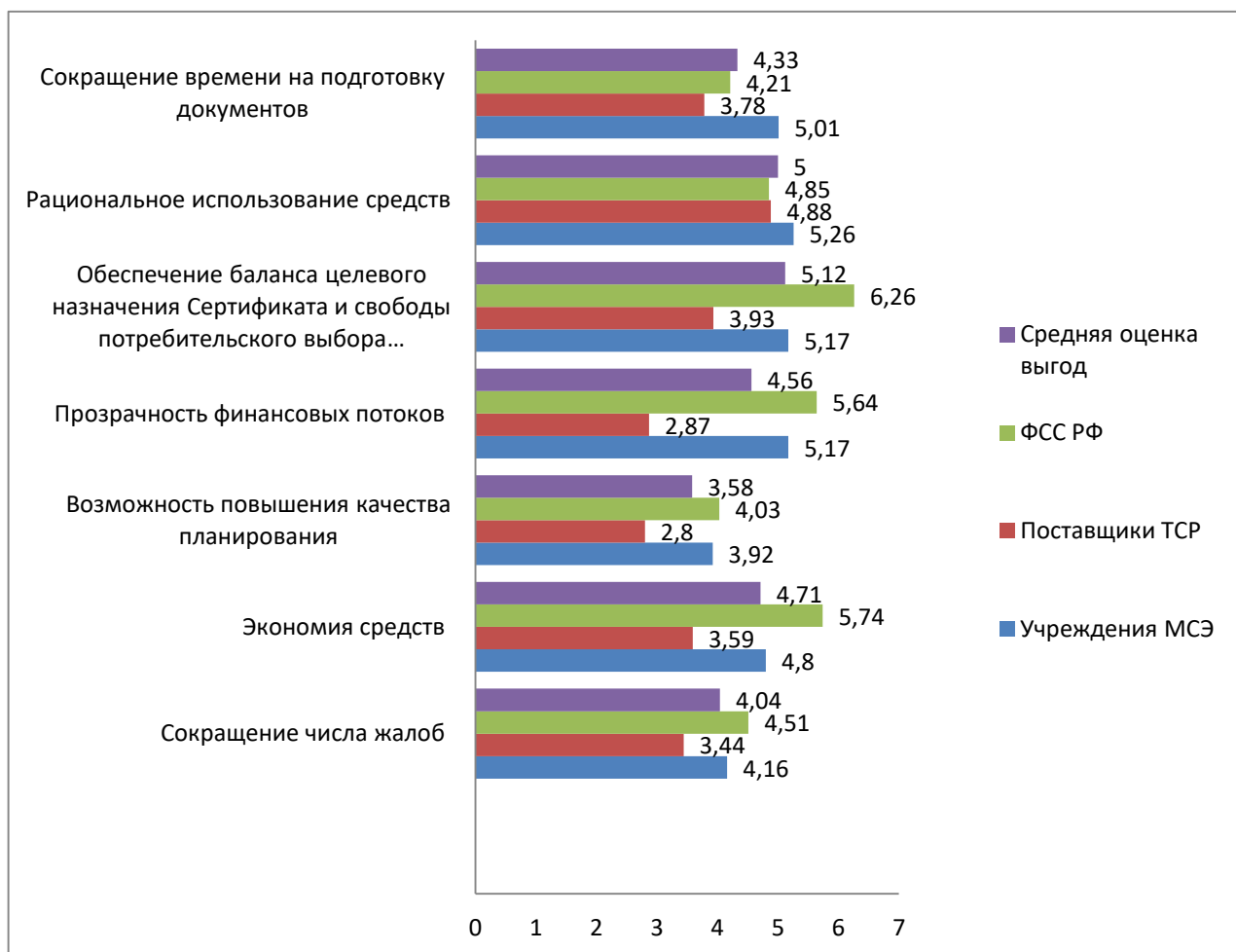


Рисунок 12 – Средняя оценка выгод ФСС РФ от внедрения ЭС экспертами в целом, в баллах

Результаты оценки выгод региональных органов власти от внедрения ЭС представлены в таблицах 42–44.

Таблица 42 – Оценка выгод региональных органов власти от внедрения ЭС представителями учреждений МСЭ, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Рост занятости в связи с более открытым доступом на рынок организаций – поставщиков ТСП	0,6	6,74	4,04
Увеличение налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации	0,8	7,31	5,85

По мнению представителей учреждений МСЭ, внедрение ЭС будет способствовать увеличению налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации ТСР.

Таблица 43 – Оценка выгод региональных органов власти от внедрения ЭС представителями организаций – производителей (поставщиков) ТСР, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Рост занятости в связи с более открытым доступом на рынок организаций – поставщиков ТСР	0,2	1,71	0,40
Увеличение налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации	0,2	1,14	0,19

Средняя оценка выгод от внедрения ЭС представителями организаций-производителей существенно отличается от других. По их мнению, выгоды органов региональной власти будут несущественны.

Таблица 44 – Оценка выгод региональных органов власти от внедрения ЭС представителями региональных отделений ФСС, в баллах

Наименование выгоды	Средняя вероятность достижения выгоды	Средняя оценка значимости выгоды	Интегральная оценка значимости выгоды
Рост занятости в связи с более открытым доступом на рынок организаций – поставщиков ТСР	0,58	7,44	4,34
Увеличение налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации	0,56	7,74	4,33

По мнению региональных отделений ФСС РФ, для региональных органов власти такие выгоды, как увеличение налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации и рост занятости в связи с более открытым доступом на рынок организаций – поставщиков ТСР, будут иметь среднюю значимость, интегральная оценка приближается к 5 баллам.

В целом, по мнению экспертов, выгоды органов региональной власти от внедрения ЭС будут малозначительны.

Проведенный анализ позволяет составить следующий рейтинг выгод от внедрения ЭС: высоко значимые, средней значимости и имеющие несущественную значимость.

Высоко значимые выгоды:

- 1) наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР (6,74 балла);
- 2) расширение возможностей выбора ТСР (6,16 балла);
- 3) обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина (5,12 балла);
- 4) рациональное использование средств ФСС за счет оплаты ТСР по факту предоставления (5,0 балла).

Выгоды средней значимости:

- 1) экономия средств за счет отказа от процедуры закупок (4,71 балла);
- 2) повышение качества ТСР с учетом роста конкуренции (4,63 балла);
- 3) прозрачность финансовых потоков, рост удовлетворенности населения (4,56 балла);
- 4) сокращение времени на подготовку документов для участия в конкурсах на поставку ТСР (4,33 балла);
- 5) получение возможности софинансирования для приобретения ТСР с лучшими характеристиками и дополнительными опциями (4,0 балла).

Выгоды, имеющие несущественную значимость:

- 1) уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта (3,9 балла);
- 2) возможность увеличения объемов реализации ТСР (3,63 балла);
- 3) увеличение налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации (3,46 балла);
- 4) рост занятости в связи с более открытым доступом на рынок организаций – поставщиков ТСР (2,93 балла).

Также в ходе исследования анализировался целый ряд рискованных ситуаций, связанных с внедрением ЭС, которые условно выделены в 4 группы:

– *социальные риски* (неготовность населения к самостоятельному выбору ТСП в рамках назначений программы реабилитации пострадавшего вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания; увеличение времени гражданина на поиск ТСП и организаций, их предоставляющих);

– *экономические риски* (сговор организаций, предоставляющих ТСП, способный привести к росту цен; ухудшение качества ТСП; отсутствие экономии трудозатрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением ЭС; неточности в расчете нормативной стоимости ТСП; технические риски, связанные с обращением ЭС; риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСП при ухудшении экономической ситуации);

– *правовые риски* (возможность возникновения затяжных судебных разбирательств с организациями, реализующими ТСП, в случае претензий со стороны приобретателей; риски, связанные с мошенничеством и подделкой ЭС);

– *информационные риски* (негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСП; информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСП; опасения со стороны организаций, предоставляющих ТСП в части своевременности оплаты по предъявляемым ЭС; недостаточная открытость информации в связи с использованием ЭС).

Оценка рисков внедрения ЭС осуществлена на основании метода экспертных оценок. Эксперты оценивали вероятность возникновения рискованных ситуаций и степень их влияния на каждого из стейкхолдеров. Оценивались:

а) вероятность рискованной ситуации в диапазоне от 0 до 1 (чем меньше значение, тем меньшая вероятность реализации рискованной ситуации);

б) степень влияния в диапазоне от 0 до 10 (чем больше балл, тем большее влияние на стейкхолдера окажет рискованная ситуация в случае реализации).

Результаты оценки рисков от внедрения ЭС представлены в таблицах 45–48 и на рисунке 13.

По мнению специалистов учреждений МСЭ, наиболее высоким показателем обладает негативное восприятие населением возможности участия в софинансировании при получении ТСР. Наиболее же низким риском является отсутствие экономии трудозатрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением ЭС (таблица 45).

По оценкам представителей организаций – производителей ТСР, риски для всех структур, связанные с внедрением ЭС, незначительны (менее 4 баллов). Однако выделены и высокие риски: риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСР, неточность расчета норматива стоимости ТСР, негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР (таблица 46). По мнению представителей организаций – производителей (поставщиков) ТСР, наибольший риск представляет введение ЭС для пострадавших на производстве. На второе по значимости место эксперты поместили риски для производителей.

Территориальные органы ФСС, также как и организации – производители (поставщики) ТСР, наиболее опасными рисками считают неточность расчета норматива стоимости ТСР, негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР (таблица 47).

Таблица 45 – Оценка рисков от внедрения ЭС по мнению специалистов учреждений МСЭ, в баллах

№	Наименование рисковой ситуации	Средняя эксперт- ная оценка вероят- ности реализа- ции (от 0,0 до 1,0)	Средняя оценка значимости рисков для стейкхолдеров (от 1 до 10)				Интегральная оценка рисков с учетом вероятности их реализации				Средняя оценка
			Пост- радав- шие на произ- водстве	Пос- тав- щики ТСР	ФСС РФ	Регио- наль- ные органы власти	Пост- радав- шие на произ- водстве	Постав- щики ТСР	ФСС РФ	Регио- наль- ные органы власти	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Неготовность населения к самостоятельному выбору ТСР	0,7	6,80	5,46	4,97	4,64	4,70	3,77	3,44	3,21	3,78
2	Увеличение времени на поиск ТСР и организаций, их предоставляющих	0,7	6,81	4,77	4,70	4,40	4,73	3,31	3,26	3,05	3,59
3	Сговор организаций, предоставляющих ТСР	0,6	5,54	5,55	5,07	4,75	3,35	3,35	3,06	2,87	3,16
4	Ухудшение качества ТСР	0,5	6,50	3,53	4,70	4,62	3,22	1,75	2,33	2,29	2,40
5	Возможность возникновения затяжных судебных разбирательств с организациями, реализующими ТСР	0,5	5,56	5,26	4,37	3,66	2,83	2,68	2,23	1,87	2,40
6	Негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР	0,8	8,17	4,71	4,91	4,56	6,69	3,86	4,03	3,73	4,58
7	Информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР	0,6	6,08	5,61	5,17	5,24	3,86	3,56	3,28	3,33	3,51

Продолжение таблицы 45

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8	Опасения со стороны организаций, предоставляющих ТСП, о своевременности оплаты по предъявляемым ЭС	0,6	3,58	7,39	4,65	4,23	2,23	4,59	2,89	2,63	3,09
9	Отсутствие экономии трудозатрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением ЭС	0,5	2,54	2,56	6,07	4,03	1,37	1,38	3,27	2,17	2,05
10	Неточность расчета норматива стоимости ТСП	0,7	6,86	6,77	6,44	5,11	4,99	4,93	4,69	3,72	4,58
11	Технические риски, связанные с выдачей ЭС и оплатой нормативной стоимости ТСП	0,6	5,48	6,03	5,61	4,92	3,23	3,56	3,31	2,90	3,25
12	Риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСП	0,7	6,59	7,05	6,50	5,70	4,76	5,10	4,70	4,12	4,67
13	Недостаточная открытость информации в связи с использованием ЭС	0,5	5,27	5,25	4,47	4,11	2,88	2,87	2,44	2,25	2,61
14	Риски, связанные с мошенничеством и подделкой ЭС	0,5	4,28	6,10	5,58	4,97	2,18	3,10	2,84	2,53	2,66

Таблица 46 – Оценка рисков от внедрения ЭС по мнению представителей организаций – производителей (поставщиков) ТСП, в баллах

№	Наименование рисковой ситуации	Средняя эксперт- ная оценка вероят- ности реализа- ции (от 0,0 до 1,0)	Средняя оценка значимости рисков для стейкхолдеров (от 1 до 10)				Интегральная оценка рисков с учетом вероятности их реализации				Итого
			Пост- радав- шие на произ- водстве	Пос- тав- щики ТСП	ФСС РФ	Регио- наль- ные органы власти	Пост- радав- шие на произ- водстве	Постав- щики ТСП	ФСС РФ	Регио- наль- ные органы власти	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Неготовность населения к самостоятельному выбору ТСП	0,7	6,00	3,50	4,43	1,50	3,95	2,31	2,92	0,99	2,54
2	Увеличение времени на поиск ТСП и организаций, их предоставляющих	0,6	5,29	2,50	4,71	1,00	3,13	1,48	2,79	0,59	1,99
3	Сговор организаций, предоставляющих ТСП	0,5	5,86	4,71	5,00	3,00	2,80	2,25	2,39	1,43	2,22
4	Ухудшение качества ТСП	0,4	6,14	4,00	4,29	2,50	2,25	1,47	1,57	0,92	1,56
5	Возможность возникновения затяжных судебных разбирательств с организациями, реализующими ТСП	0,6	5,14	6,13	4,29	1,50	3,15	3,75	2,63	0,92	2,61
6	Негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСП	0,9	8,29	7,63	6,00	2,33	7,18	6,61	5,20	2,02	5,25

Продолжение таблицы 46

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
7	Информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР	0,7	7,86	6,13	4,14	2,33	5,85	4,56	3,08	1,74	3,8
8	Опасения со стороны организаций предоставляющих ТСР о своевременности оплаты по предъявляемым ЭС	0,5	2,29	5,25	2,00	2,17	1,03	2,36	0,90	0,98	1,32
9	Отсутствие экономии трудозатрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением ЭС	0,4	1,71	1,71	4,57	1,83	0,60	0,60	1,60	0,64	0,86
10	Неточность расчета норматива стоимости ТСР	0,8	6,29	7,25	6,86	4,67	5,19	5,98	5,66	3,85	5,17
11	Технические риски, связанные выдачей ЭС и оплатой нормативной стоимости ТСР	0,6	3,14	4,63	3,71	2,33	1,85	2,72	2,18	1,37	2,03
12	Риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСР	0,8	6,57	6,57	6,57	4,50	5,21	5,21	5,21	3,57	4,8
13	Недостаточная открытость информации в связи с использованием ЭС	0,6	6,71	6,13	6,00	3,67	4,31	3,93	3,85	2,35	3,61
14	Риски, связанные с мошенничеством и подделкой ЭС	0,6	5,00	5,75	5,00	2,67	2,86	3,29	2,86	1,53	2,64

Таблица 47 – Оценка рисков от внедрения ЭС по мнению сотрудников ФСС РФ, в баллах

№	Наименование рисковой ситуации	Средняя эксперт- ная оценка вероят- ности реализа- ции (от 0,0 до 1,0)	Средняя оценка значимости рисков для стейкхолдеров (от 1 до 10)				Интегральная оценка рисков с учетом вероятности их реализации				Ито-го
			Пост- радав- шие на произ- водстве	Пос- тав- щики ТСР	ФСС РФ	Регио- наль- ные органы власти	Пост- радав- шие на произ- водстве	Постав- щики ТСР	ФСС РФ	Регио- наль- ные органы власти	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Неготовность населения к самостоятельному выбору ТСР	0,5	5,80	4,33	4,87	3,44	3,12	2,33	2,62	1,85	2,48
2	Увеличение времени на поиск ТСР и организаций, их предоставляющих	0,5	6,67	3,66	3,87	2,29	3,47	1,90	2,01	1,19	2,14
3	Сговор организаций, предоставляющих ТСР	0,5	5,00	3,87	4,50	3,12	2,59	2,00	2,33	1,61	2,13
4	Ухудшение качества ТСР	0,4	5,13	2,93	4,30	3,12	2,05	1,17	1,72	1,25	1,55
5	Возможность возникновения затяжных судебных разбирательств с организациями, реализующими ТСР	0,6	5,10	4,93	4,63	3,04	2,88	2,79	2,62	1,72	2,50
6	Негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР	0,7	7,53	4,10	5,30	3,68	5,01	2,73	3,53	2,45	3,43
7	Информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР	0,4	5,43	4,33	3,67	2,64	2,30	1,84	1,56	1,12	1,71

Продолжение таблицы 47

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8	Опасения со стороны организаций предоставляющих ТСП о своевременности оплаты по предъявляемым ЭС	0,3	1,86	4,90	2,10	1,83	0,52	1,37	0,59	0,51	0,75
9	Отсутствие экономии трудозатрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением ЭС	0,4	1,90	2,10	5,10	1,83	0,78	0,86	2,09	0,75	1,12
10	Неточность расчета норматива стоимости ТСП	0,6	8,40	6,27	6,40	3,67	4,66	3,48	3,55	2,04	3,43
11	Технические риски, связанные выдачей ЭС и оплатой нормативной стоимости ТСП	0,3	3,80	3,33	3,69	2,09	1,24	1,09	1,21	0,68	1,06
12	Риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСП	0,3	2,97	4,10	4,00	2,17	0,92	1,27	1,24	0,67	1,03
13	Недостаточная открытость информации в связи с использованием ЭС	0,3	2,80	2,93	3,17	2,54	0,73	0,77	0,83	0,67	0,75
14	Риски, связанные с мошенничеством и подделкой ЭС	0,5	4,40	6,33	5,50	3,21	2,16	3,11	2,70	1,57	2,4

Таблица 48 – Обобщенная оценка рисков от внедрения ЭС по мнению экспертов в целом, в баллах

№	Наименование рисков ситуации	Учреждения МСЭ	Поставщики ТСП	ФСС	Обобщенная оценка рисков
1	Неготовность населения к самостоятельному выбору ТСП	3,78	2,54	2,48	2,93
2	Увеличение времени на поиск ТСП и организаций, их предоставляющих	3,59	1,99	2,14	2,57
3	Сговор организаций, предоставляющих ТСП	3,16	2,22	2,13	1,84
4	Ухудшение качества ТСП	2,4	1,56	1,55	1,84
5	Возможность возникновения затяжных судебных разбирательств с организациями, реализующими ТСП	2,4	2,61	2,5	2,50
6	Негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСП	4,58	5,25	3,43	4,42
7	Информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСП	3,51	3,8	1,71	3,01
8	Опасения со стороны организаций, предоставляющих ТСП, о своевременности оплаты по предъявляемым ЭС	3,09	1,32	0,75	1,72
9	Отсутствие экономии трудозатрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением ЭС	2,05	0,86	1,12	1,34
10	Неточность расчета норматива стоимости ТСП	4,58	5,17	3,43	4,39
11	Технические риски, связанные с выдачей ЭС и оплатой нормативной стоимости	3,25	2,03	1,06	2,11
12	Риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСП	4,67	4,8	1,03	3,50
13	Недостаточная открытость информации в связи с использованием ЭС	2,61	3,61	0,75	2,32
14	Риски, связанные с мошенничеством и подделкой ЭС	2,66	2,64	2,4	2,57

Как видно из таблицы 48, наибольшие рейтинги рисковым ситуациям дали сотрудники учреждений МСЭ, также довольно высоко оценили риски представители организаций – производителей (поставщиков) ТСР, почти в 2 раза менее значимыми считают рисковые ситуации представители региональных отделений ФСС РФ.

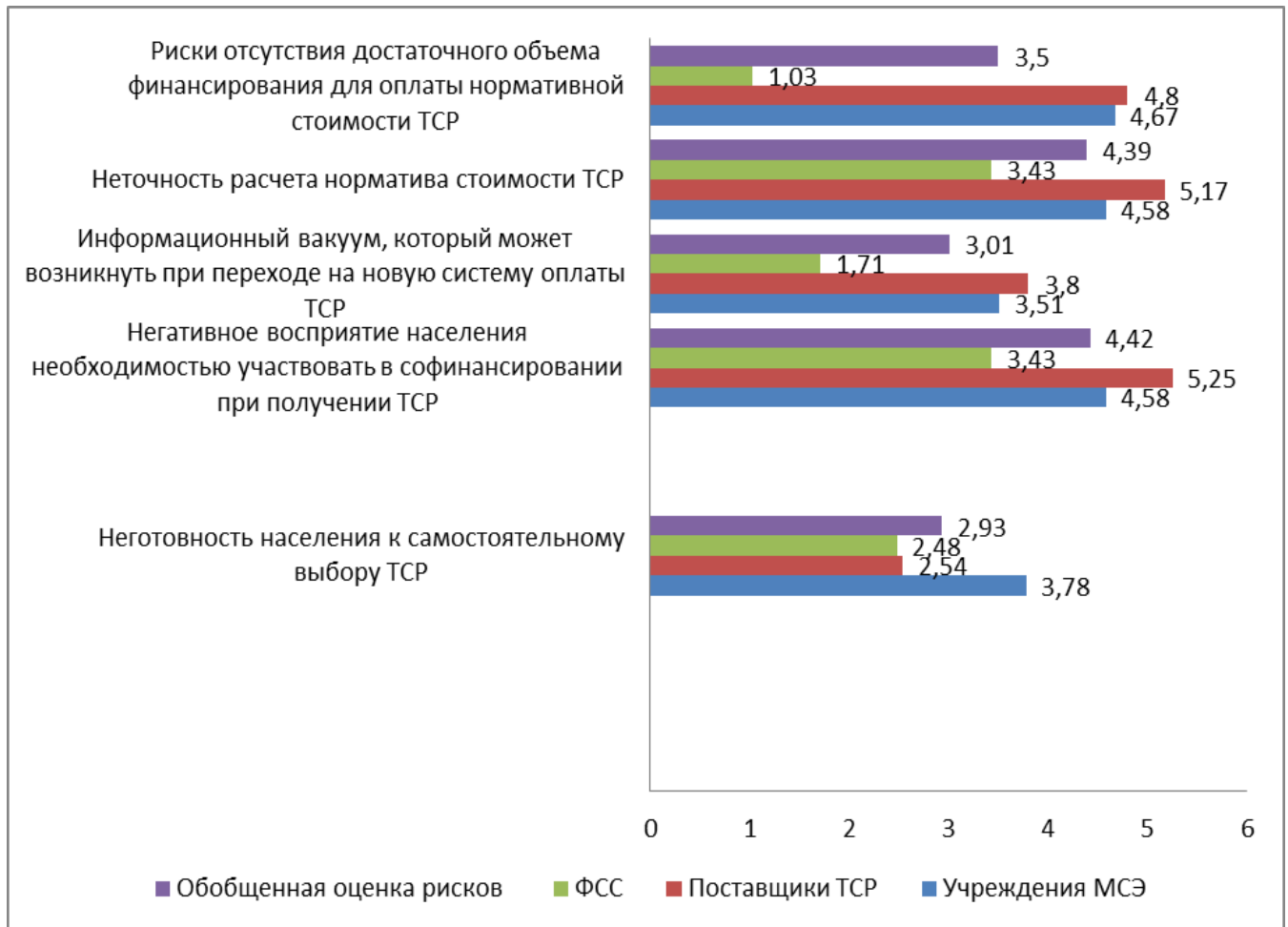


Рисунок 13 – Основные прогнозируемые риски

Среди основных прогнозируемых рисков выявлены следующие:

– негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР; неточность расчета норматива стоимости ТСР; риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСР; информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР; неготовность населения к самостоятельному выбору ТСР.

По результатам оценки рисков ситуаций могут быть рекомендованы следующие антирисковые мероприятия:

- 1) разработка комплексной программы информирования населения и участников рынка ТСП;
- 2) использование координационных структур для помощи в выборе организаций – поставщиков ТСП и собственно ТСП;
- 3) расчет и обоснование экономии затрат ФСС РФ;
- 4) создание Реестра организаций – поставщиков ТСП;
- 5) принятие нормативных документов, обязывающих изготовителей и импортёров ТСП раскрывать информацию о расходах.

Таким образом, на основании результатов исследования выделены основные выгоды для целевой аудитории (лиц, пострадавших на производстве) и для участников системы обеспечения ТСП пострадавших, а также выделены и систематизированы основные рисковые ситуации. На основании полученных данных сформированы основные антирисковые мероприятия.

Анализ влияния введения ЭС на изменение трудозатрат ФСС РФ состоит из анализа структуры трудозатрат до и после внедрения ЭС, а также из анализа абсолютного и относительного изменения трудоемкости после введения ЭС.

Порядок оплаты расходов на обеспечение ТСП установлен Положением, принятым Правительством Российской Федерации ещё в 2006 году. Последовательность действий ФСС РФ и его региональных отделений по предоставлению государственной услуги по назначению обеспечения по обязательному социальному страхованию определяет Административный регламент [142], утвержденный приказом ФСС РФ от 14 мая 2019 г. № 252.

В Административном регламенте описаны основные административные процедуры по предоставлению ТСП пострадавшим на производстве, которые, в свою очередь, можно нормировать по времени. Процедуры, которые необходимо будет производить при переходе на обеспечение на основании ЭС, во многом аналогичны и также могут быть спрогнозированы и нормированы.

В оценке трудозатрат приняло участие 46 субъектов Российской Федерации, которые оценили трудозатраты сотрудников, участвующих в процессе предоставления ТСР пострадавшим на производстве. Для получения достоверных данных была осуществлена выборка субъектов Российской Федерации, по которым имелась оценка по каждой работе и не были допущены логические ошибки, способные отразиться на общих результатах исследования. В таблице 49 приводится среднее значение показателя удельного веса различных трудозатрат на основные виды деятельности специалистов отдельных региональных отделений ФСС РФ для лиц, пострадавших на производстве, до введения ЭС.

Таблица 49 – Структура трудозатрат специалистов отдельных региональных отделений ФСС РФ при обеспечении ТСР лиц, пострадавших на производстве, до введения ЭС, процент от общих трудозатрат

Выполняемые работы для пострадавших на производстве	Среднее значение показателя по отдельным региональным отделениям ФСС РФ
Аналитическая работа	18,77
Работа с поставщиками	45,25
Работа с гражданами с ПРП	35,11
Проведение медико-технической экспертизы на предмет необходимости ремонта ТСР	0,87

Наиболее трудоемкие работы – это работы с поставщиками (45,25 % затрачиваемого времени) и работы с пострадавшими на производстве (35,11 % затрачиваемого времени), занимающие суммарно около 80 % всего рабочего времени.

В таблицах 50 и 51 представлена структура трудозатрат до введения ЭС в региональных отделениях ФСС семи субъектов Российской Федерации на отдельные элементы деятельности, в основном на работу с поставщиками и пострадавшими. На работы, не связанные с непосредственным контактом с пострадавшими на производстве, в настоящее время тратится более 60 % рабочего времени специалистов территориальных органов ФСС РФ. Только около 36 % от общих трудозатрат приходится непосредственно на работу с пострадавшими на производстве.

Таблица 50 – Структура трудозатрат специалистов отдельных региональных отделений ФСС РФ по аналитической работе и работе с поставщиками до введения ЭС, процент от общих трудозатрат

Выполняемые работы для пострадавших на производстве	Значение показателя в процентах от общего объема трудозатрат по региональным отделениям ФСС РФ (области)							Среднее значение
	Амурская	Архангельская	Воронежская	Ивановская	Магаданская	Псковская	Рязанская	
Аналитическая работа								
Прогноз потребности в ТСР (перечень и объемы)	0,38	9,85	15,69	0,95	0,96	2,04	17,70	4,56
Мониторинг рынка в целях определения начальной максимальной цены контракта	14,88	12,04	15,69	7,69	44,78	2,18	7,96	14,21
Итого	15,26	21,89	31,38	8,64	45,74	4,22	25,66	18,77
Работа с поставщиками								
Подготовка и размещение извещения о проведении конкурса (аукциона) на поставку ТСР	2,39	3,12	2,18	16,62	1,20	3,54	1,87	4,66
Подготовка конкурсной (аукционной) документации на поставку ТСР и ее размещение	7,18	8,92	3,92	16,62	6,02	22,64	6,87	12,56
Консультирование участников конкурса в ходе подготовки заявок	0,71	0,16	0,17	0,11	0,18	0,44	0,45	0,32
Подготовка и заключение договора на сумму до 100 тыс. рублей	1,59	7,30	0,70	4,53	1,44	4,16	5,62	3,41
Рассмотрение и оценка заявок на участие в конкурсе (аукционе)	7,18	1,34	1,53	1,05	4,21	3,54	2,50	3,20
Подготовка и заключение контракта на поставку ТСР	3,73	2,23	3,49	29,46	2,34	3,54	3,75	6,90
Приёмка и экспертиза ТСР	2,68	3,65	2,84	0,85	18,42	1,75	3,54	4,56
Оплата поставленных ТСР	11,72	18,45	0,00	0,85	2,35	7,80	13,12	7,00
Претензионная работа	0,16	0,13	0,20	0,00	1,69	0,17	-	0,36
Подготовка и размещение документации по результатам конкурса	1,34	2,23	4,36	0,85	7,22	0,00	1,87	2,29
Итого по работам с поставщиками	38,68	47,53	19,39	70,94	45,07	47,56	39,59	45,25

Таблица 51 – Структура трудозатрат специалистов отдельных региональных отделений ФСС РФ по работе с пострадавшими до введения ЭС, процент от общих трудозатрат

Выполняемые работы для пострадавших на производстве	Значение показателя в процентах от общего объема трудозатрат по региональным отделениям ФСС РФ (области)							Среднее значение
	Амурская	Архангельская	Воронежская	Ивановская	Магаданская	Псковская	Рязанская	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
РАБОТА С ГРАЖДАНАМИ								
Предоставление заявителю направления на получение ТСП								
Прием и регистрация заявления и документов	8,48	3,99	5,65	0,12	0,45	3,64	4,31	3,71
Рассмотрение заявлений и документов	11,72	7,98	5,65	0,60	0,94	3,64	8,81	4,88
Подготовка запросов документов (сведений) в рамках межведомственного взаимодействия, которые находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления и иных организаций для решения задачи	0,31	0,08	0,94	0,00	0,20	0,12	0,31	0,25
Принятие решения о предоставлении услуги	5,25	3,99	19,07	0,44	1,02	3,64	8,81	5,29
Уведомление заявителя о предоставлении (приостановлении предоставления) государственной услуги	5,25	3,99	5,65	0,31	0,16	3,64	4,31	3,24
Выдача направления на получение ТСП	5,25	3,99	5,65	0,13	0,25	3,64	2,94	3,22
Предоставление заявителю компенсации оплаты расходов на приобретение ТСП								
Прием и регистрация заявления и документов	1,79	0,81	0,35	0,01	0,56	3,64	0,57	1,54
Рассмотрение заявлений и документов	2,47	1,62	0,35	0,09	1,16	7,80	1,17	3,04
Подготовка запросов документов (сведений) в рамках межведомственного взаимодействия, которые находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления и иных организаций для решения задачи	0,31	0,02	0,12	0,00	0,25	0,12	0,08	0,13

Продолжение таблицы 51

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Принятие решения о предоставлении услуги	1,11	0,81	1,18	0,05	1,26	3,64	1,17	1,67
Уведомление заявителя о предоставлении (приостановлении предоставления) государственной услуги	1,11	0,81	0,35	0,05	0,20	3,64	0,57	1,40
Компенсация расходов в случае самостоятельного приобретения ТСР в установленном размере	1,11	0,81	2,72	18,01	1,47	7,80	0,57	5,68
Рассмотрение жалоб и принятие решения по ним								
Прием и регистрация жалоб	0,09	0,02	0,03	0,00	0,03	0,15	0,00	0,07
Рассмотрение жалоб	0,26	0,61	0,14	0,27	0,24	0,62	0,00	0,39
Подготовка запросов для принятия решения по жалобе	0,26	0,06	0,05	0,00	0,12	0,62	0,00	0,25
Принятие решения по результатам рассмотрения жалобы	0,12	0,03	0,05	0,27	0,12	0,62	0,00	0,26
Информирование о результатах рассмотрения жалоб	0,12	0,03	0,01	0,03	0,06	0,15	0,00	0,08
Итого по работам с гражданами	45,00	29,66	47,96	20,39	8,50	47,13	33,61	35,11
Проведение медико-технической экспертизы на предмет необходимости ремонта/досрочной замены ТСР								
Приём и регистрация заявлений о проведении медико-технической экспертизы	0,18	0,13	0,07	0,00	0,05	0,15	0,31	0,10
Проведение медико-технической экспертизы	0,64	0,52	0,92	0,00	0,36	0,62	0,51	0,53
Подготовка заключения о результатах медико-технической экспертизы	0,25	0,26	0,27	0,03	0,28	0,31	0,31	0,24
Итого по проведению медико-технической экспертизы	1,07	0,91	1,26	0,03	0,69	1,08	1,13	0,87

Проведенное исследование показало, что введение ЭС повлияет на изменение трудоемкости работ, которые в настоящее время занимают 80 % рабочего времени специалистов ФСС РФ. В первую очередь, это работы по мониторингу цен, работы, связанные с оплатой за предоставленные ТСР, а также работы, связанные с выдачей направлений на получение ТСР.

К работам, на которые, по мнению экспертов, введение ЭС повлияет незначительно, относятся работы по предоставлению компенсации (доля в общих трудозатратах – 13,46 %), прогноз потребности в ТСР (доля в общих трудозатратах – 4,56 %), проведение медико-технической экспертизы (МТЭ) на предмет необходимости ремонта/досрочной замены ТСР (доля в общих трудозатратах – 0,95 %), работа с жалобами (доля в общих трудозатратах – 1,05 %).

Прогнозируемая структура трудозатрат специалистов отдельных региональных отделений ФСС РФ после внедрения ЭС по основным группам трудовых операций представлена в таблице 52.

100 % экспертов оценили возможные работы по подготовке и выдаче ЭС как наиболее трудоемкие. В среднем на данные работы, по их оценкам, будет приходиться 45,17 % времени специалистов ФСС. Работы по учету ЭС и их оплате также будут занимать значительный удельный вес в структуре трудозатрат и составят 27,72 %.

Таблица 52 – Прогнозируемая структура трудозатрат сотрудников территориальных органов ФСС РФ после внедрения ЭС

Выполняемые работы для пострадавших на производстве	Значение показателя в процентах от общего объема трудозатрат по региональным отделениям ФСС РФ (области)							Среднее значение
	Амурская	Архангельская	Воронежская	Ивановская	Магаданская	Псковская	Рязанская	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Создание и обновление Реестра поставщиков ТСП								
Рассмотрение заявлений и документов	0,44	0,84	2,01	0,13	0,58	0,62	24,69	4,19
Проверка достоверности сведений указанных заявления для включения в Реестр	0,57	0,84	2,01	0,13	1,74	0,62	4,63	1,51
Принятие решения о включении/внесении изменений в Реестр	0,32	0,22	0,20	0,10	0,81	0,62	0,34	0,37
Уведомление организации-заявителя о включении (невключении)/внесении изменений (невнесении изменений) в Реестр	0,20	0,22	0,20	0,07	0,81	0,62	0,34	0,35
Внесение данных об организации – поставщике ТСП в Реестр	0,32	0,22	0,20	0,07	3,25	0,83	0,57	0,78
Итого по задаче	0,4	0,5	0,9	0,1	1,4	0,7	6,1	1,4
Подготовка и выдача ЭС								
Прогноз потребности в ТСП (перечень и объемы), количества получателей ТСП	0,27	4,11	11,17	2,52	5,15	2,40	15,43	5,86
Расчет (корректировка) нормативной стоимости ТСП по видам	7,99	2,28	1,59	20,42	11,59	1,20	5,82	7,27
Прием и регистрация заявления и документов от граждан	7,27	1,09	4,27	0,35	5,38	7,34	3,76	4,21
Рассмотрение заявлений и документов от заявителя	10,04	2,17	4,27	1,78	11,26	9,17	7,68	6,62

Продолжение таблицы 52

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Запросы документов (сведений) в рамках межведомственного взаимодействия, которые находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления и иных организаций, для решения задачи	0,95	0,15	0,75	0,00	2,45	0,14	0,27	0,67
Принятие решения о выдаче ЭС	4,50	2,17	14,41	1,31	12,24	4,28	7,68	6,66
Уведомление заявителя о выдаче ЭС	4,50	1,09	4,27	0,93	1,96	4,28	3,76	2,97
Подготовка и печать ЭС	21,61	1,09	4,27	0,35	1,96	7,34	3,76	5,77
Выдача ЭС и списка организаций, входящих в Реестр поставщиков ТСР	13,38	1,09	7,74	0,93	2,94	7,34	2,56	5,14
Итого по задаче	8,8	1,7	5,9	3,2	6,1	4,8	5,6	5,0
Учет ЭС и оплата стоимости								
Прием и регистрация реестров талонов, подтверждающих факт оплаты ТСР	4,42	8,15	6,30	1,78	0,67	4,28	1,52	3,87
Проверка подлинности талонов, прилагающихся к Реестру	13,38	35,31	4,27	1,78	1,96	4,28	11,18	10,31
Перевод средств за предоставленные пострадавшим ТСР	2,74	35,31	27,15	17,36	1,84	9,17	1,22	13,54
Итого по задаче	6,8	26,3	12,6	7,0	1,5	5,9	4,6	9,2
Предоставление заявителю компенсации оплаты расходов на приобретение ТСР								
Прием и регистрация заявлений и документов от граждан	1,26	0,51	0,25	0,03	2,98	4,28	0,50	1,40
Рассмотрение заявлений и документов от граждан	1,75	1,02	0,25	0,23	6,22	9,17	1,02	2,81
Подготовка запросов документов (сведений) в рамках межведомственного взаимодействия, которые находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления и иных организаций, для решения задачи	0,22	0,01	0,08	0,00	1,35	0,14	0,07	0,27

Продолжение таблицы 52

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Принятие решения о предоставлении услуги	0,78	0,51	0,84	0,13	6,76	4,28	1,02	2,05
Уведомление заявителя о предоставлении (приостановлении предоставления) государственной услуги	0,78	0,51	0,25	0,13	1,08	4,28	0,50	1,08
Компенсация расходов в случае самостоятельного приобретения ТСР в установленном размере	0,78	0,51	1,94	47,85	7,84	9,17	0,50	9,80
Итого по задаче	0,9	0,5	0,6	8,1	4,4	5,2	0,6	2,9
Рассмотрение жалоб от пострадавших и принятие решений по ним								
Прием и регистрация жалоб	0,06	0,04	0,02	0,00	0,14	0,17	0,00	0,06
Рассмотрение жалоб	0,18	0,02	0,10	0,70	1,29	0,73	0,00	0,43
Подготовка запросов для принятия решения по жалобе	0,18	0,02	0,03	0,01	0,63	0,73	0,00	0,23
Принятие решения по результатам рассмотрения жалобы	0,09	0,08	0,03	0,70	0,63	0,73	0,00	0,32
Информирование о результатах рассмотрения жалоб	0,09	0,32	0,01	0,09	0,32	0,17	0,00	0,14
Итого по задаче	0,1	0,1	0,0	0,3	0,6	0,5	0,0	0,2
Проведение медико-технической экспертизы на предмет необходимости ремонта/досрочной замены ТСР								
Приём и регистрация заявлений о проведении МТЭ	0,13	0,00	0,05	0,00	0,28	0,17	0,27	0,13
Проведение МТЭ	0,45	0,00	0,66	0,01	1,93	0,73	0,44	0,60
Подготовка заключения о результатах МТЭ	0,17	0,00	0,19	0,09	1,49	0,37	0,27	0,37
Итого по задаче	0,3	0,0	0,3	0,0	1,2	0,4	0,3	0,4

При сравнительном анализе структуры трудозатрат до и после внедрения ЭС учитывались работы, которые после внедрения ЭС будут отсутствовать, а также новые работы, потребность в которых появится с введением ЭС, и работы, аналогичные тем, которые осуществляются в настоящее время, но вероятность изменения трудоемкости которых велика.

Для анализа изменения структуры трудозатрат до внедрения ЭС и после внедрения ЭС все выполняемые работы по обеспечению пострадавших на производстве ТСП разделены на четыре сопоставимые группы.

К первой группе работ относятся работы с поставщиками. До внедрения ЭС это работы по заключению контрактов на поставку ТСП, после внедрения ЭС – работы по созданию и обновлению Реестра поставщиков ТСП.

Ко второй группе относятся работы по установлению цены ТСП. До внедрения ЭС это работы по мониторингу рынка в целях определения начальной максимальной цены контракта, после внедрения ЭС – работы по расчету (корректировке) нормативной стоимости ТСП.

К третьей группе работ относятся работы с пострадавшими на производстве. До внедрения ЭС это работы по выдаче направлений на ТСП, после внедрения ЭС – работы по выдаче ЭС.

К четвертой группе относятся работы, связанные с оплатой ТСП. До внедрения ЭС это работы по оплате за поставленные технические средства реабилитации, после внедрения ЭС – работы, связанные с учетом ЭС и осуществлением оплаты стоимости ТСП, предоставленных по ЭС.

Для анализа трудозатрат дополнительно выделены еще 2 группы работ: работы, которые будут ликвидированы при внедрении ЭС (работы по приёму и экспертизе ТСП, а также претензионная работа) и работы, которые в настоящее время не реализуются, но при внедрении ЭС потребность в них появится.

Сравнительный анализ структуры затрат до внедрения и после внедрения ЭС по группам работ представлен в таблице 53.

Таблица 53 – Сравнительный анализ структуры затрат сотрудников территориальных органов ФСС до и после внедрения ЭС по группам сопоставимых работ

Группировка работ	Работы до внедрения ЭС	Доля в трудовых затратах, %	Работы после внедрения ЭС	Доля в трудовых затратах, %	Изменение структуры трудовых затрат по группам работ, абс.
1	2	3	4	5	6
Работа с поставщиками	подготовка и размещение извещения о проведении конкурса (аукциона) на поставку технических средств реабилитации для лиц, пострадавших на производстве	33,33	прием и регистрация заявлений на включение в Реестр или внесение изменений в Реестр	7,41	-25,92
	подготовка конкурсной (аукционной) документации на поставку технических средств реабилитации для лиц, пострадавших на производстве, и ее размещение		рассмотрение заявлений и документов		
	консультирование участников конкурса в ходе подготовки заявок		проверка достоверности сведений, указанных в заявлении, для включения в реестр		
	подготовка и заключение договора на сумму до 100 тыс. рублей		принятие решения о включении/внесении изменений в Реестр		
	рассмотрение и оценка заявок на участие в конкурсе (аукционе)		уведомление организации-заявителя о включении (невключении)/внесении изменений (невнесении изменений) в Реестр		
	подготовка и заключение контракта на поставку ТСР		внесение данных об организации – поставщике ТСР в Реестр		
	подготовка и размещение документации по результатам конкурса				

Продолжение таблицы 53

1	2	3	4	5	6
Работы по установлению цены ТСР	мониторинг рынка в целях определения начальной максимальной цены контракта	14,21	расчет (корректировка) нормативной стоимости ТСР по видам	7,27	-6,94
Работы с пострадавшими на производстве	прием и регистрация заявления и документов от пострадавших	20,59	прием и регистрация заявления и документов от пострадавших	32,04	+11,42
	рассмотрение заявлений и документов от пострадавших		рассмотрение заявлений и документов от заявителя		
	подготовка запросов документов (сведений) в рамках межведомственного взаимодействия, которые находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления и иных организаций, для решения задачи		запросы документов (сведений) в рамках межведомственного взаимодействия, которые находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления и иных организаций, для решения задачи		
	принятие решения о предоставлении услуги		принятие решения о выдаче ЭС		
	уведомление заявителя о предоставлении (приостановлении предоставления) государственной услуги		уведомление заявителя о выдаче ЭС		
	выдача направления на получение ТСР		подготовка и печать Сертификата выдача Сертификата и списка организаций, входящих в Реестр поставщиков ТСР		

Продолжение таблицы 53

1	2	3	4	5	6
Работы по оплате ТСР	оплата за поставленные технические средства реабилитации	7,0	перевод средств за предоставленные пострадавшим ТСР	13,54	+6,54
Работы, которые не будут осуществляться при введении Сертификата	приёмка и экспертиза технических средств реабилитации	4,92			-5,6
	претензионная работа				
Вновь вводимые работы при введении Сертификата			прием и регистрация реестров талонов, подтверждающих факт оплаты ТСР	14,18	+14,18
			проверка подлинности талонов, прилагающихся к реестру		
Прочие работы	Учтены работы, которые сохраняются до и после введения ЭС	19,95	Учтены работы, которые сохраняются до и после введения ЭС	25,56	

Как видно из таблицы 53, при внедрении ЭС следует ожидать смещение трудозатрат с подготовки и заключения контрактов на работу с пострадавшими на производстве и на работы, которые в настоящее время не реализуются, но потребность в которых возникнет при внедрении ЭС. Доля работ с пострадавшими на производстве и доля работ по оплате ТСП, по мнению экспертов, должна сохраниться приблизительно на существующем уровне. В целом введение ЭС повлияет на изменение трудоемкости 80 % рабочего времени. Следует отметить, что изменение структуры затрат не означает уменьшения/увеличения времени на реализацию работ.

При оценке трудозатрат эксперты использовали разные шкалы для оценки трудозатрат. В связи с этим при сопоставлении трудозатрат в разных субъектах Российской Федерации использовались относительные величины – процент изменения трудоемкости (в человеко-часах – чел.ч) (таблица 54).

Таблица 54 – Анализ прогнозируемого изменения общей трудоемкости работ (в целом по сопоставимым группам) после внедрения ЭС

Региональное отделение ФСС по субъекту Российской Федерации	Трудоемкость, чел.ч		Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
	до введения ЭС	после введения ЭС		
Амурская область	422	622,99	200,51	47,46
Архангельская область	1031	1905,6	874,8	84,87
Ивановская область	11046	2614,2	-8432,24	-76,33
Магаданская область	386	55,55	-330,25	-85,60
Псковская область	818	674,9	-143	-17,48
Рязанская область	740	1221,3	481,3	65,04
Тамбовская область	2069	2011,8	-57,62	-2,78
Максимальное снижение, %			-85,60	
Максимальное увеличение, %			84,87	
Среднее, %			2,17	

Прогнозируют снижение трудозатрат от внедрения ЭС специалисты 57 % региональных отделений ФСС субъектов Российской Федерации; прогнозируют рост трудозатрат, соответственно, 43 %. Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Магаданской области (84,6 %), максимальный рост

трудозатрат ожидают эксперты Архангельской области (84,7 %), эксперты Челябинской области прогнозируют сохранение трудозатрат по сопоставляемым работам после внедрения ЭС на прежнем уровне. Средняя оценка показывает сохранение трудозатрат после внедрения ЭС приблизительно на том же уровне.

Проанализировано изменение трудоемкости по каждой из 4 сопоставимых групп работ, которые представлены в таблице 55.

Таблица 55 – Анализ изменения трудоемкости работ с поставщиками по субъектам Российской Федерации после внедрения ЭС

Субъект Российской Федерации	Трудоемкость до введения ЭС, чел.ч	Трудоемкость после введения ЭС, чел.ч	Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
Амурская область	113,46	13,15	-100,31	-88,41
Архангельская область	312	48,5	-263,5	-84,46
Воронежская область	375	155,2	-219,8	-58,61
Ивановская область	9532,34	27,45	-9504,89	-99,71
Кировская область	375,33	340	-35,33	-9,41
Курская область	16855	368,6	-16486,4	-97,81
Ленинградская область	224,5	40,2	-184,3	-82,09
Магадан	93,97	5,94	-88,03	-93,68
Мурманская	763,42	224,2	-539,22	-70,63
Рязанская область	220,3	339,32	119,02	54,03
Саратовская область	298,8	225	-73,8	-24,70
Тамбовская область	586,5	34,8	-551,7	-94,07
Чувашия	763,25	37,7	-725,55	-95,06
Ярославская область	724	60	-664	-91,71
Максимальное снижение, %	-99,71			
Максимальное увеличение, %	54,03			
Среднее, %	-66,88			

Около 93 % субъектов Российской Федерации прогнозируют снижение трудозатрат по работам с поставщиками в связи с отказом от процедуры государственных закупок при внедрении ЭС. Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Ивановской области (99,7 %), максимальный рост трудозатрат ожидают эксперты Рязанской области (54,03 %). Средняя оценка показывает снижение трудозатрат по работам с поставщиками ТСП после внедрения ЭС приблизительно на 67 %.

Около 41 % субъектов Российской Федерации прогнозируют снижение трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСП, при внедрении ЭС (таблица 56).

Таблица 56 – Анализ изменения трудоемкости работ по установлению цены на ТСП после внедрения ЭС

Субъект Российской Федерации	Трудоемкость до введения ЭС, чел.ч	Трудоемкость после введения ЭС, чел.ч	Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
Республика Адыгея	1320	6000	4680	354,55
Алтайский край	600	660	60	10,00
Амурская область	70	53,1	-16,9	-24,14
Архангельская область	141,5	45	-96,5	-68,20
Бурятия	152	1360	1208	794,74
Воронежская область	360	51,3	-308,7	-85,75
Ивановская область	1058,5	1058,5	0	0,00
Республика Карелия	11,5	146	134,5	1169,57
Кировская область	494,5	494,5	0	0,00
Курская область	1944	480	-1464	-75,31
Ленинградская область	320	4,5	-315,5	-98,59
Рязанская область	76,5	64,1	-12,4	-16,21
Свердловская область	128	60,00	-68	-53,13
Тамбовская область	312	1000	688	220,51
Тверская область	329	600	271	82,37
Хакасия	3,2	6	2,8	87,50
Ярославская область	12	72	60	500,00
Максимальное снижение, %	-98,59			
Максимальное увеличение, %	1169,57			
Среднее, %	164,58			

Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Ленинградской области (98,6 %), максимальный рост трудозатрат ожидают эксперты Республики Карелия (более чем в 10 раз). Около 30 % экспертов прогнозируют рост трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСП, более чем в 2 раза. Эксперты Кировской области прогнозируют сохранение трудозатрат по сопоставляемым работам после внедрения ЭС на прежнем уровне. Средняя оценка показывает рост трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСП после внедрения ЭС, приблизительно в 1,6 раза.

Около 33 % субъектов Российской Федерации прогнозируют снижение трудозатрат по работам с пострадавшими на производстве при внедрении ЭС (таблица 57).

Таблица 57 – Анализ изменения трудоемкости работ с пострадавшими на производстве после внедрения ЭС

Субъект Российской Федерации	Трудоемкость до введения ЭС, чел.ч	Трудоемкость после введения ЭС, чел.ч	Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
Амурская область	170,57	413,66	243,09	142,52
Архангельская область	296,2	174,2	-122	-41,19
Бурятия	991,68	809,2	-182,48	-18,40
Вологодская область	3052,53	1303,9	-1748,63	-57,28
Воронежская область	977,4	1288,5	311,1	31,83
Ивановская область	221,6	292	70,4	31,77
Красноярский край	14875	12775	-2100	-14,12
Ленинградская область	2705,8	2695,83	-9,97	-0,37
Магадан	12,58	29,64	17,06	135,61
Мурманская	302,26	582,2	279,94	92,62
Нижний Новгород	2200	2808	608	27,64
Псковская область	220,15	407,65	187,5	85,17
Рязанская область	283,2	324,48	41,28	14,58
Саратовская область	578,5	613	34,5	5,96
Тамбовская область	258,92	327	68,08	26,29
Хакасия	188,4	80,5	-107,9	-57,27
Чувашия	350,35	526	175,65	50,14
Ярославская область	367,5	548	180,5	49,12
Максимальное снижение, %	-57,28			
Максимальное увеличение, %	142,52			
Среднее, %	28,03			

Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Вологодской области (57,28 %), максимальный рост трудозатрат ожидают эксперты Амурской области (1,4 раза). Эксперты Ленинградской области прогнозируют сохранение трудозатрат по сопоставляемым работам после внедрения ЭС на прежнем уровне. Средняя оценка показывает рост трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСП после внедрения ЭС, приблизительно на 28 %.

Около 59 % субъектов Российской Федерации прогнозируют снижение трудозатрат по работам, связанным с оплатой ТСР, при внедрении ЭС (таблица 58).

Таблица 58 – Анализ изменения трудоемкости работ по оплате ТСР после внедрения ЭС

Субъект Российской Федерации	Трудоемкость до введения ЭС, чел.ч	Трудоемкость после введения ЭС, чел.ч	Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
Амурская область	55,1	18,2	-36,9	-66,97
Архангельская область	227,5	695,5	468	205,71
Вологодская область	153	306	153	100,00
Кировская область	302,76	294,35	-8,41	-2,78
Красноярский край	1929	2040	111	5,75
Ленинградская область	711	645	-66	-9,28
Магаданская область	9,75	1,43	-8,32	-85,33
Мурманская область	50,8	86,1	35,3	69,49
Нижегород	550	22,5	-527,5	-95,91
Псковская область	93,75	93,75	0	0,00
Рязанская область	126	13,4	-112,6	-89,37
Саратовская область	15	45	30	200,00
Свердловская область	1340,1	685	-655,1	-48,88
Тамбовская область	720	150	-570	-79,17
Тверская область	392	1067	675	172,19
Хакасия	60	27,95	-32,05	-53,42
Чувашия	248,4	49	-199,4	-80,27
Максимальное снижение, %	-95,91			
Максимальное увеличение, %	200,00			
Среднее, %	8,34			

Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Нижегородской области (98,6 %), максимальный рост трудозатрат ожидают эксперты Саратовской области (в 2 раза). Эксперты Псковской области прогнозируют сохранение трудозатрат по сопоставляемым работам после внедрения ЭС на прежнем уровне. Средняя оценка показывает рост трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСР после внедрения ЭС, приблизительно на 8,34 %.

Около 33 % субъектов Российской Федерации прогнозируют снижение трудозатрат по работам с пострадавшими на производстве при внедрении ЭС (таблица 59).

Таблица 59 – Анализ изменения трудоемкости работ с пострадавшими на производстве после внедрения ЭС

Субъект Российской Федерации	Трудоемкость до введения ЭС, чел.ч	Трудоемкость после введения ЭС, чел.ч	Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
Амурская область	170,57	413,66	243,09	142,52
Архангельская область	296,2	174,2	-122	-41,19
Бурятия	991,68	809,2	-182,48	-18,40
Вологодская область	3052,53	1303,9	-1748,63	-57,28
Воронежская область	977,4	1288,5	311,1	31,83
Ивановская область	221,6	292	70,4	31,77
Красноярский край	14875	12775	-2100	-14,12
Ленинградская область	2705,8	2695,83	-9,97	-0,37
Магадан	12,58	29,64	17,06	135,61
Мурманская область	302,26	582,2	279,94	92,62
Нижний Новгород	2200	2808	608	27,64
Псковская область	220,15	407,65	187,5	85,17
Рязанская область	283,2	324,48	41,28	14,58
Саратовская область	578,5	613	34,5	5,96
Тамбовская область	258,92	327	68,08	26,29
Хакасия	188,4	80,5	-107,9	-57,27
Чувашия	350,35	526	175,65	50,14
Ярославская область	367,5	548	180,5	49,12
Максимальное снижение, %	-57,28			
Максимальное увеличение, %	142,52			
Среднее, %	28,03			

Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Вологодской области (57,28 %), максимальный рост трудозатрат ожидают эксперты Амурской области (1,4 раза). Эксперты Ленинградской области прогнозируют сохранение трудозатрат по сопоставляемым работам после внедрения ЭС на прежнем уровне. Средняя оценка показывает рост трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСП после внедрения ЭС, приблизительно на 28 %.

Около 59 % субъектов Российской Федерации прогнозируют снижение трудозатрат по работам, связанным с оплатой ТСР, при внедрении ЭС (таблица 60).

Таблица 60 – Анализ изменения трудоемкости работ по оплате ТСР после внедрения ЭС

Субъект Российской Федерации	Трудоемкость до введения ЭС, чел.ч	Трудоемкость после введения ЭС, чел.ч	Изменение абсолютное, чел.ч	Изменение относительное, %
Амурская область	55,1	18,2	-36,9	-66,97
Архангельская область	227,5	695,5	468	205,71
Вологодская область	153	306	153	100,00
Кировская область	302,76	294,35	-8,41	-2,78
Красноярский край	1929	2040	111	5,75
Ленинградская область	711	645	-66	-9,28
Магаданская область	9,75	1,43	-8,32	-85,33
Мурманская область	50,8	86,1	35,3	69,49
Нижний Новгород	550	22,5	-527,5	-95,91
Псковская область	93,75	93,75	0	0,00
Рязанская область	126	13,4	-112,6	-89,37
Саратовская область	15	45	30	200,00
Свердловская область	1340,1	685	-655,1	-48,88
Тамбовская область	720	150	-570	-79,17
Тверская область	392	1067	675	172,19
Хакасия	60	27,95	-32,05	-53,42
Чувашия	248,4	49	-199,4	-80,27
Максимальное снижение, %			-95,91	
Максимальное увеличение, %			200,00	
Среднее, %			8,34	

Максимальное снижение трудозатрат прогнозируют эксперты Нижегородской области (98,6 %), максимальный рост трудозатрат ожидают эксперты Саратовской области (в 2 раза). Эксперты Псковской области прогнозируют сохранение трудозатрат по сопоставляемым работам после внедрения ЭС на прежнем уровне. Средняя оценка показывает рост трудозатрат по работам, связанным с установлением цены на ТСР после внедрения ЭС, приблизительно на 8,34 %.

Проведенный анализ трудозатрат показал, что, по прогнозным оценкам, трудозатраты существенно не изменятся. Однако произойдет перераспределение

структуры трудозатрат. Введение ЭС не позволит на начальном этапе снизить трудозатраты. В дальнейшем, когда будет утверждена и апробирована технология расчета нормативной стоимости, технология учета и оплаты ЭС, порядок выдачи ЭС, следует ожидать сокращения трудозатрат.

На уменьшение трудоемкости может повлиять отказ от медико-технической экспертизы. Это будет возможно при оплате стоимости ремонта ТСР как процента от утвержденной нормативной стоимости. С учетом доли трудозатрат на медико-техническую экспертизу влияние на снижение общей трудоемкости составит не более 0,4 %.

По прогнозам экспертов, трудозатраты при внедрении механизма предоставления услуг по реабилитации на основе ЭС существенно не изменятся. Произойдет их перераспределение: на первый план выйдет работа с пострадавшими на производстве в отличие от трудозатрат при действующем порядке, которые более чем на 60 % связаны с проведением конкурсных процедур и ведением договорной и претензионной работы.

Анализ мнения экспертов о выгодах от возможного внедрения в практику обеспечения пострадавших на производстве ЭС позволил выделить наиболее существенные из них:

- наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР;
- расширение возможностей выбора ТСР;
- обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина;
- рациональное использование и повышение прозрачности расходования финансовых средств ФСС.

Ряд экспертов прогнозировал возможность снижения расходов средств социального страхования за счёт привлечения собственных средств пострадавших в качестве источника софинансирования, но данная выгода, скорее, может быть отнесена к рискам реализации проекта, поскольку будет свидетельствовать о наличии ошибок при определении стоимости ЭС, что определено экспертами в

качестве наиболее опасного негативного фактора. Таким образом, большинство прогнозируемых значимых выгод носят ярко выраженный социальный характер.

При оценке возможных рисков в качестве наиболее вероятных экспертами выделены такие, как:

- негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР;
- неточность расчета норматива стоимости ТСР;
- риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСР;
- информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР;
- неготовность населения к самостоятельному выбору ТСР.

Большинство указанных рисков могут быть нивелированы при человекоцентричной организации работы специалистов ФСС, в которой основное место будет отводиться непосредственному взаимодействию между сотрудниками ФСС, отвечающими за предоставление реабилитационных мероприятий, и пострадавшими на производстве. Возможности для изменения подходов также представятся при реализации проекта, ведь, по мнению сотрудников ФСС, структура трудовых затрат претерпит существенные изменения. Если в настоящее время только около 36 % времени от общих трудовых затрат приходится непосредственно на работу с получателями страховых выплат, то после реализации новых форм предоставления реабилитационных мероприятий на работу с застрахованными предполагается тратить около 60 % рабочего времени. Анализ же готовности пострадавших на производстве к изменению способа предоставления реабилитационных мероприятий представлен в следующем разделе.

6.4 Анализ потребности инвалидов и пострадавших на производстве в технических средствах реабилитации и их готовности к использованию электронного сертификата

В ходе исследования было изучено мнение инвалидов с причиной инвалидности «трудовое увечье» (далее – пострадавшие) и мнение инвалидов с причиной инвалидности «общее заболевание» (далее – инвалиды) по вопросу введения ЭС путем анкетирования, проведенного в 85 субъектах Российской Федерации. Также в целях выявления потребности в ТСР было опрошено 250 инвалидов по зрению I и II группы в возрасте от 18-ти до 80 лет, проживающих на территории Санкт-Петербурга.

Обеспечиваются тем или иным видом ТСР в обеих группах около 40 % опрошенных. Достоверно более часто, чем в группе инвалидов, пострадавшим на производстве предоставляются протезы верхних конечностей ($\chi^2 = 9,3$), протезы нижних конечностей ($\chi^2 = 18,4$), ортопедическая обувь ($\chi^2 = 18,1$) и трости ($\chi^2 = 10,6$), достоверно менее часто – подгузники ($\chi^2 = 8,5$), средства для стомированных больных ($\chi^2 = 12,6$), кресла-коляски с ручным приводом ($\chi^2 = 10,0$), ходунки ($\chi^2 = 5,5$) и поручни ($\chi^2 = 3,9$). Частота предоставления ТСР в процентах представлена в таблице 61.

Наиболее часто инвалиды и пострадавшие обеспечиваются тростями, костылями, креслами-колясками с ручным приводом, ортезами и ортопедической обувью. Таким образом, можно говорить о том, что контингент пострадавших в большей степени нуждается в технических средствах реабилитации, компенсирующих ограничения способности к самостоятельному передвижению и трудовой деятельности, в отличие от инвалидов, среди которых достоверно больший процент лиц нуждается в ТСР, компенсирующих нарушения способности к самообслуживанию.

Таблица 61 – Нуждаемость респондентов (инвалидов и пострадавших) в технических средствах реабилитации, на 100 человек

Техническое средство реабилитации	Показатель нуждаемости в ТСР среди респондентов (на 100 человек)	
	инвалиды	пострадавшие
Протез верхней конечности	2,3	6,1
Протез нижней конечности	9,6	19,0
Трость	27,1	36,7
Костыли	14,8	15,2
Ходунки	8,5	4,8
Поручни	5,5	3,0
Параподиум, вертикализатор	1,4	0,9
Кресло-коляска с ручным приводом	19,4	12,0
Кресло-коляска с электроприводом	3,2	2,3
Ортезы (бандажи, туторы, аппараты, корсеты)	18,5	22,2
Обувь (ортопедическая или на протез)	17,1	28,3
Противопролежные матрац, подушка	7,3	5,2
Приспособления для бытовой деятельности (крючки, захваты)	0,9	1,8
Слуховой аппарат	9,4	12,4
Подгузники	14,1	8,1
Средства для стомированных больных	6,1	1,6
Кресло-стул с санитарным оснащением	7,8	5,2
Функциональная кровать	1,1	0,9
Сиденья для ванны	4,3	2,5
Подъемник для ванной	1,1	1,6
Лестничный подъемник для кресла-коляски	0,4	0,7

Распространённость основных проблем, с которыми сталкиваются инвалиды и пострадавшие при получении ТСР, представлена на рисунке 14. Наиболее часто респондентов не устраивает продолжительность периода от момента возникновения нуждаемости до момента предоставления ТСР (около 50 % от общего числа респондентов). Инвалиды более часто не удовлетворены продолжительностью данного периода. Второе ранговое место занимают проблемы, связанные с низким качеством изделий (достоверные различия между

группами отсутствуют). Третье – проблемы, связанные с невозможностью выбора поставщика изделий (достоверные различия между группами отсутствуют). Более часто, чем пострадавших, инвалидов беспокоят проблемы, связанные с низким размером возмещения при самостоятельном приобретении изделий и отсутствием индивидуального подхода при обеспечении ТСР. В целом можно сказать, что удовлетворённость пострадавших процессом обеспечения ТСР и предоставляемыми изделиями несколько выше, чем среди инвалидов.

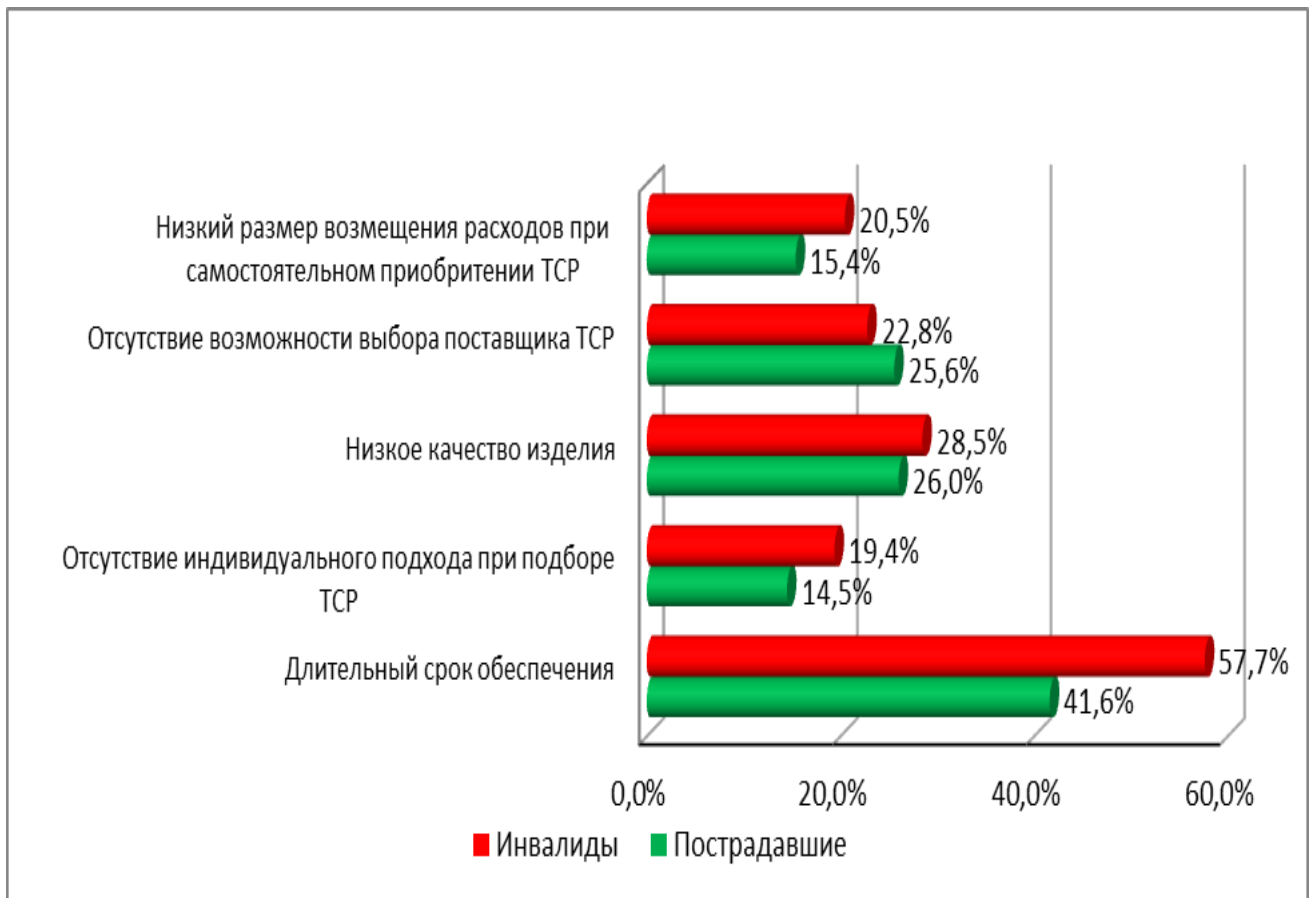


Рисунок 14 – Распределение ответов респондентов в отношении проблем с обеспечением ТСР, %

Мнение экспертного сообщества о потенциальных возможностях оптимизации процесса обеспечения ТСР при введении ЭС представлено в соответствующем разделе работы. К высоко значимым выгодам от внедрения ЭС эксперты отнесли (в порядке убывания значимости):

- 1) наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР;
- 2) расширение возможностей выбора ТСР;

3) обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина;

4) рациональное использование средств ФСС за счет оплаты ТСП по факту предоставления.

Целевая группа также ожидает улучшения действующей практики обеспечения ТСП при введении нового механизма обеспечения. Около 40–50 % респондентов ожидают роста качества предоставляемых изделий, сокращения сроков их предоставления, прогнозируется также расширение возможностей по индивидуальному подбору изделий и выбору поставщика. Можно говорить о том, что мнение целевой группы в целом совпадает с мнением экспертов.

Опасения экспертов, связанные с возможностью возникновения рисков ситуаций при введении ЭС, касались (в порядке убывания) следующего (рисунок 15):

- негативного восприятия населением необходимости участвовать в финансировании при получении ТСП;
- неточности расчета норматива стоимости ТСП;
- отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСП;
- информационного вакуума, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСП;
- неготовности населения к самостоятельному выбору ТСП.

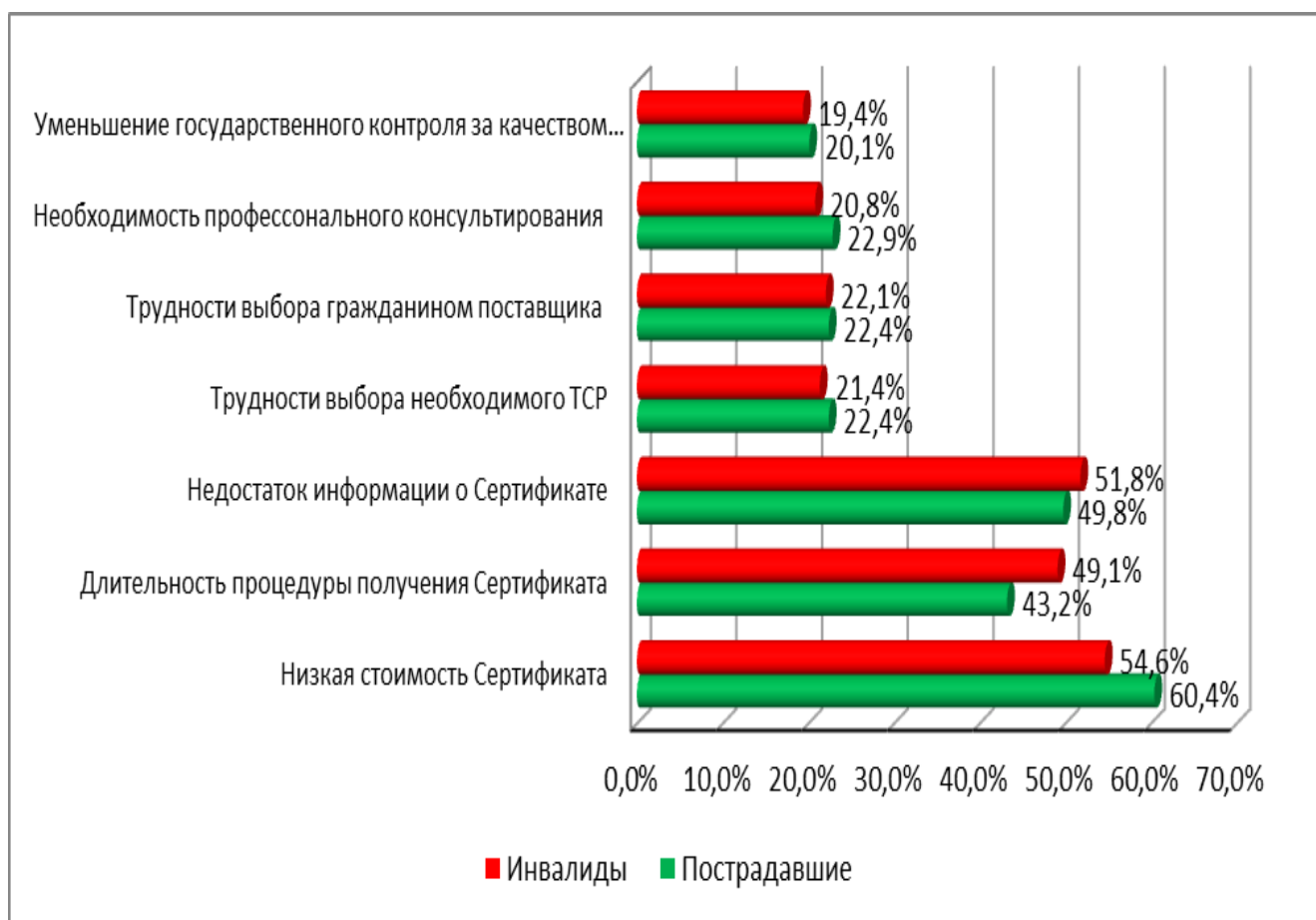


Рисунок 15 – Распределение ответов респондентов (инвалидов и пострадавших) в отношении опасений, связанных с введением ЭС, %

Наибольшие опасения (около 50 %) в обеих группах связаны с недостатком информации об ЭС, длительностью процедуры получения ЭС и его низкой стоимостью, что в целом совпадает с мнением экспертов. Возникновение необходимости консультирования при самостоятельном выборе ТСП или их поставщиков суммарно беспокоит около 60 % респондентов. При этом отмечается чёткая зависимость необходимости консультирования от вида ТСП. Если в среднем в помощи профессиональных консультантов нуждается около 55 % респондентов, то в аналогичных услугах при подборе слуховых аппаратов, протезов верхних и нижних конечностей, изделий для стомированных больных нуждается более 70 % опрошенных, что подтверждает вывод о необходимости поэтапного введения ЭС параллельно с созданием службы страховых менеджеров в фонде социального страхования.

Опасения экспертов, связанные с возможностью негативного восприятия населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР, как показали результаты анкетирования, оправдались лишь отчасти. На рисунке 16 представлена информация, отражающая готовность респондентов в необходимых случаях доплачивать за предоставляемые изделия.

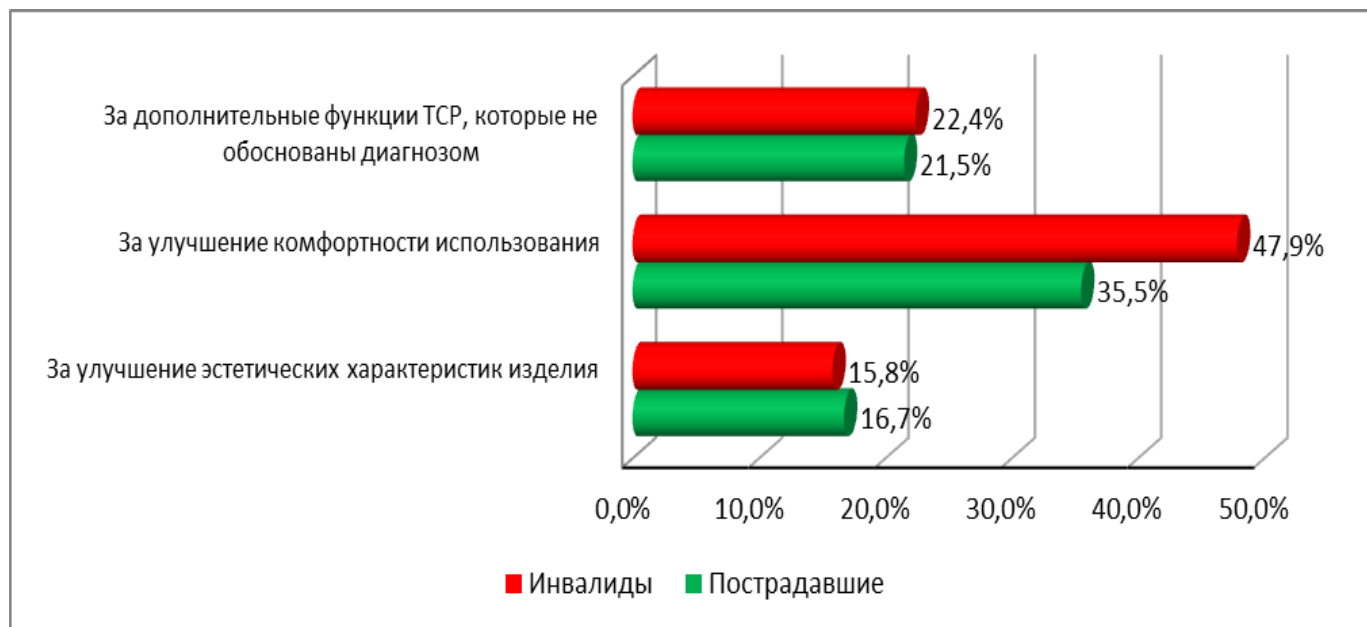


Рисунок 16 – Распределение ответов респондентов (инвалидов и пострадавших) в отношении готовности к софинансированию ТСР, %

Среди пострадавших 35,5 % готовы доплатить за улучшение комфортности использования ТСР, среди инвалидов, соответственно, 47,9 % (данные различия достоверны, $p = 0,001$). Процент респондентов, готовых доплачивать за улучшение эстетических характеристик и дополнительные функции ТСР, составляет 18,8 % среди пострадавших на производстве и 16,7 % – среди инвалидов.

Приемлемую для себя сумму софинансирования указали лишь около 1,5 % инвалидов и 1,7 % пострадавших на производстве, что не позволяет использовать данный показатель для анализа ввиду низкой достоверности.

Инвалиды по зрению имеют право на получение за счёт средств федерального бюджета таких ТСР, как: трость опорная (белая), трость тактильная, специальные средства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции

слабовидения, тонометр и термометр с речевым выходом, глазной протез (пластмассовый и стеклянный), собака-проводник. Однако вышеперечисленные ТСР не могут в полной мере обеспечить необходимый уровень компенсации ограничений жизнедеятельности и восстановление максимально высокого уровня активности и участия. Было установлено, что реальные потребности инвалидов по зрению в ТСР значительно шире (таблица 62).

Таблица 62 – Потребность инвалидов по зрению в ТСР с учетом группы инвалидности в Санкт-Петербурге

ТСР	Потребность инвалидов, %	
	I группы	II группы
Часы-будильник с речевым выходом	34,3	38,2
Наручные часы механические Брайль	3,5	5,5
Наручные часы с вибрационной индикацией	4,2	5,4
Глюкометр с речевым выходом	10,7	14,4
Трость тактильная	58,3	17,5
Устройство для чтения говорящих книг	27,7	27,1
Устройства для оптической коррекции слабовидения	9,8	33,3
Тонометр с речевым выходом	28,8	41,3
Термометр с речевым выходом	20,4	31,0
Собака-проводник	2,2	0
Калькулятор с речевым выходом	3,4	2,7
Мобильный телефон для пользования инвалидом по зрению	48,4	30,7
Ноутбук/планшет для пользования инвалидом по зрению	14,6	19,2
Программа голосового доступа (JAWS/NVDA)	7,6	10,9

Углублённый анализ потребности инвалидов по зрению в ТСР, показал, что потребность инвалидов по зрению в таких ТСР как часы-будильник с речевыми выходом, мобильный телефон для пользования инвалидом по зрению и ноутбук/планшет для пользования инвалидом по зрению не уступает, а зачастую

превосходит потребность в изделиях предоставляемых бесплатно. Поэтому в целях совершенствования реабилитационной практики и наиболее полной компенсации нарушенных функций требуется не только изменение механизма предоставления изделий, но и пересмотр перечня ТСР, предоставляемых инвалидам за счёт средств федерального бюджета.

Анализ данных проведённого социологического исследования позволяет сделать вывод о необходимости совершенствования системы обеспечения пострадавших на производстве техническими средствами реабилитации в целях уменьшения сроков обеспечения, повышения адресности предоставления изделий и их качества. Изменение действующей системы обеспечения посредством введения ЭС, как по мнению экспертов, так и по мнению потребителей услуг будет способствовать улучшению текущей ситуации. Наибольшую обеспокоенность потребителей вызывает не столько возможность софинансирования процесса обеспечения ТСР, сколько необходимость обращения к услугам профессиональных консультантов по подбору ТСР, что подтверждает необходимость создания службы страховых менеджеров в Фонде социального страхования Российской Федерации. Также для наиболее полного удовлетворения потребностей инвалидов в реабилитационных мероприятиях необходимо пересмотреть перечень ТСР предоставляемых за счёт федеральных средств.

Таким образом, в целом результаты экспертной оценки выгодоприобретения и рисков применения новой модели обеспечения лиц, пострадавших на производстве, указывают на принципиальную возможность внедрения нового механизма предоставления ТСР, что в целом совпадает с мнением целевой группы. При анализе трудозатрат страховщика в системе обеспечения лиц, пострадавших на производстве, выявлено, что общие трудозатраты существенно не изменятся, произойдёт только их перераспределение с работы по оформлению документов на работу с пострадавшими.

При написании данной главы использовались следующие публикации автора:

1. Проблемы межведомственного взаимодействия и реабилитации пострадавших на производстве / Л.П. Деева, М.А. Севастьянов, Л.В. Коробова, А.В. Абросимов // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 3. – С. 143.

2. Севастьянов, М.А. Организационные, правовые и финансовые механизмы возмещения расходов на стационарное лечение пострадавших от тяжёлых несчастных случаев на производстве / В.В. Стожаров, М.А. Севастьянов, А.А. Закарян // Методические рекомендации. – Санкт-Петербург, 2007. – 26 с.

3. Анализ возможностей совершенствования правового регулирования действующего порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в связи с подписанием и ратификацией Российской Федерацией международной конвенции о правах инвалидов / И.А. Божков, С.У. Дикаев, А.В. Максимов, М.А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2013. – № 1 (75). – С. 59–64.

4. Севастьянов, М.А. Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации: достоинства, недостатки, пути совершенствования / И.А. Божков, А.В. Бронников, М.А. Севастьянов // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 2. – С. 25–30.

5. Севастьянов, М.А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перспективы её совершенствования / И.А. Божков, А.В. Бронников, М.А. Севастьянов // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – № 2 (11). – С. 273–283.

6. Возможности применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при определении показаний к назначению технических средств реабилитации / И.А. Божков, О.В. Владимирова, М.В. Коробов, Э.В. Балобина, М.А. Севастьянов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2013. – № 4. – С. 68–72.

7. Методы управления процессом реабилитации пострадавших на производстве / О.В. Владимирова, М.В. Коробов, А.М. Сарана, М.А. Севастьянов // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 3 (73). – С. 2–7.

8. Пути совершенствования порядка предоставления пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации / О.В. Владимирова, М.В. Коробов, О.А. Иштерякова, М.А. Севастьянов // Социальное и пенсионное право. – 2016. – № 4. – С. 43–48.

9. Сертификат для обеспечения техническими средствами реабилитации инвалидов и пострадавших на производстве / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, О.В. Владимирова, С.А. Бондарев, Г.Н. Пономаренко, С.Н. Пузин, Е.Е. Ачкасов, В.Ю. Солдатов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2019. – № 3 (22). – С. 163–167.

10. Севастьянов, М.А. Основные направления совершенствования процесса реабилитации пострадавших на производстве / М.А. Севастьянов, А.М. Сарана // Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие : сборник материалов научно-практической конференции (г. Санкт-Петербург, 14

сентября 2018 г.); под ред. Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург : ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. – С. 42–47.

11. Анализ потребности инвалидов по зрению в социально-реабилитационных услугах и технических средствах реабилитации по данным медико-социологического исследования / И.А. Божков, В.С. Лучкевич, Л.А. Карасаева, О.С. Молчанова, М.А. Севастьянов // Офтальмология. – 2019. – № 3 (16). – С. 408–414.

12. Административные системы и политика правосудия в сфере предоставления инвалидам ассистивных технологий и изделий (технических средств реабилитации) / И.А. Божков, О.В. Владимирова, М.В. Коробов, А.В. Максимов, О.В. Вардосанидзе, М.А. Севастьянов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – №3. – С. 10–16.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинство промышленно развитых стран сталкивается с увеличением продолжительности жизни при снижении рождаемости, что требует решения целого ряда социальных проблем, связанных с повышением финансовой нагрузки на трудоспособное население, поскольку создание эффективной системы долговременного ухода за пожилыми и маломобильными гражданами требует все больших материальных вложений. Поэтому повышение доли экономически активного населения, в том числе за счёт реинтеграции в трудовую деятельность инвалидов и пострадавших на производстве является для большинства стран, в том числе и для Российской Федерации, актуальной задачей. Неэффективность и несовершенство действующей в России системы медико-социальной помощи и реабилитации пострадавших на производстве выражается, прежде всего, в низком уровне профессиональной реабилитации (менее 50 %). Несовершенство административных систем и политики медико-социальной экспертизы, социального страхования, здравоохранения, труда и занятости социальной реабилитации, а также отсутствие единой координационной системы, обеспечивающей взаимодействие данных служб, обуславливают низкий уровень возвращения пострадавших на производстве к трудовой деятельности и требуют разработки и обоснования новых методических и организационных подходов к проведению медико-социальной экспертизы и управлению реабилитационными мероприятиями.

Для достижения цели и решения задач диссертационной работы был проведён комплекс исследований по социально-гигиеническому, медико-социальному и организационному направлениям.

В процессе исследования были использованы такие методы, как: сравнительно-правовой анализ; контент-анализ; метод выкопировки данных; наблюдательное аналитическое исследование; экспериментальное аналитическое исследование; метод экспертных оценок; метод социологического опроса.

В ходе контент-анализа российских и зарубежных литературных источников, а также действующих международных и российских актов, регулирующих отношения в области социального страхования и социального обеспечения пострадавших на производстве, были определены основные направления совершенствования методик экспертной оценки вреда здоровью и практики предоставления реабилитационных мероприятий пострадавшим на производстве.

Проведенный анализ литературных показал, что профессиональные заболевания и несчастные случаи на производстве остаются важной проблемой общественного здравоохранения, поскольку обуславливают высокий уровень экономических издержек, колеблющийся в различных странах от 1 до 6 % ВВП, несмотря на устойчивые тенденции к снижению уровня профессиональной заболеваемости и производственного травматизма в последние десятилетия.

В мировой практике на сегодняшний день можно выделить три основных подхода к проведению экспертизы утраты профессиональной трудоспособности и возмещению причинённого здоровью вреда: ценностный подход, страховой подход и эмпирический подход.

Ценностный подход нацелен на наиболее объективную денежную «оценку» утраченной способности к трудовой или иной оплачиваемой деятельности. На основании установленной степени снижения трудоспособности и производится возмещение вреда здоровью. Фактический размер упущенной выгоды (потери в зарплате) не принимается во внимание. Страховой (статистический) подход, позволяет, помимо утраты трудоспособности, учесть статистические данные, отражающие риски смертности и занятости, средний доход соответствующей социальной группы и ряд других факторов. Эмпирический подход ориентирован, в первую очередь, на установление разницы в уровне доходов до и после несчастного случая. При использовании эмпирического подхода экспертная оценка ограничений способности к трудовой деятельности, степени снижения общей или профессиональной трудоспособности по сути сводится к минимуму.

Учитываются только упущенная выгода, связанная с причиненным здоровью вредом. В России преобладает ценностный подход с элементами страхового.

Несмотря на различия в подходах к определению размера и способов возмещения вреда здоровью, в большинстве зарубежных стран установление размера ущерба, причинённого здоровью в результате производственных инцидентов, базируется на определении степени утраты общей трудоспособности. Основные различия можно выделить в подходах к оценке «социальной» составляющей (профессия и уровень квалификации на момент регистрации несчастного случая или профессионального заболевания, возраст, моральный вред, экономическая ценность домашней работы и т.д.), которая в ряде случаев влияет на итоговый процент утраты, а в ряде случаев оценивается отдельно при установлении каких-либо дополнительных выплат.

Многоуровневая система реабилитации и компенсационных выплат, обеспечивающих поддержку и восстановление после производственных травм и профессиональных заболеваний, обеспечивает восстановление профессионального статуса более чем у 80 % реабилитантов. Именно на совершенствование процессов возвращения к трудовой деятельности направлены усилия учёных и практиков в реабилитационной сфере, что позволяет достигать положительных результатов вне зависимости от тяжести нарушений структур и функций. Среди основных стратегий, наиболее интенсивно изучающихся в последние годы можно выделить ранние эргономические вмешательства, индивидуальный подход к каждому случаю нетрудоспособности и активную политику на рынке труда, обеспечивающую привлечение работодателей к профессиональной реабилитации пострадавших.

Ретроспективный анализ российского опыта экспертизы профессиональной трудоспособности в целях определения размера возмещения ущерба здоровью в результате производственных травм и профессиональных заболеваний показал, что их развитие и совершенствование шло параллельно с большинством развитых стран. Первые шаги на пути перехода от медико-биологического подхода к социальному произошли уже в конце 20-х годов прошлого столетия. Дальнейшее

развитие экспертных подходов строилось уже не только на оценке структурных и функциональных нарушений, но и на оценке взаимодействия организма пострадавшего с внешней, в том числе профессиональной, средой. С начала 70-х годов прошлого столетия в оценке способности к профессиональной деятельности использовалось определение профессиональной трудоспособности, под которой понималась не только способность к труду по своей профессии, но и по другой, равной ей по квалификации и оплате. Окончательно действующая система экспертизы степени УПТ и социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний сформировалась в конце 1990-х – начале 2000-х годов, что было связано с прекращением существования огромного количества промышленных предприятий, на которые законодательно возлагалась обязанность по возмещению вреда здоровью. В результате пострадавшие на производстве утратили возможность получать соответствующие выплаты и компенсацию дополнительных расходов в связи с проведением реабилитационных мероприятий. В соответствии с общемировыми тенденциями по защите прав инвалидов, в том числе пострадавших на производстве, и внедрением в практику новых подходов к оценке функционирования и обеспечения доступности необходимо продолжать совершенствовать законодательство, регулирующее вопросы социальной защиты и реабилитации пострадавших на производстве.

Сравнительный анализ международных норм и основных положений российского законодательства, регулирующих возмещение ущерба здоровью пострадавших на производстве, показал, что все основные положения международных норм и правил в части объёма предоставляемых компенсационных мероприятий соблюдаются в полной мере. При этом существует ряд организационных и административных барьеров, препятствующих полномасштабной реализации реабилитационного потенциала пострадавших на производстве.

К основным недостаткам действующей системы МСЭ на предмет установления степени УПТ относится сложность и неоднозначность оценки

профессионального фактора, что оказывает существенное влияние на воспроизводимость принимаемых решений и снижает их прозрачность, а, значит, повышает коррупционные риски.

В работе изучен широкий круг вопросов, связанных с исследованием закономерностей формирования контингента пострадавших на производстве, динамикой демографических изменений на протяжении 12 лет с 2007 по 2018 годы. Изучены медико-социальные особенности динамики изменений здоровья и формирования инвалидности у пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний, их потребности в мерах реабилитации. Оценены действующие критерии установления степени УПТ и практика их применения на территории субъектов Российской Федерации. Разработаны и апробированы унифицированные новые критерии оценки степени УПТ в процентах.

При анализе полученных статистических и экспериментальных данных были использованы адекватные статистические методы:

- расчёт средних величин (среднего арифметического);
- оценка достоверности различий средних с использованием парного двухвыборочного t-теста;
- анализ динамических рядов с определением темпов роста и прироста;
- определение и оценка коэффициента вариации;
- определение наличия корреляционной связи между качественными показателями при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена;
- расчёт критерия хи-квадрат.

Проведенный анализ демографических показателей за период с 2007 по 2018 год показал, что на фоне незначительного роста числа лиц, занятых в экономике, и роста общей численности населения количество регистрируемых несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за последние 12 лет существенно снизилось. Так, более чем в 2,5 раза упало количество зарегистрированных несчастных случаев на производстве. За этот период времени существенно возросли расходы работодателей и Фонда

социального страхования на мероприятия по охране труда, что можно признать основной причиной улучшения ситуации. Анализ влияния недостоверности учёта несчастных случаев на производстве на их количество показал, что за последние 12 лет существенных изменений показателя S (соотношение между числом несчастных случаев на производстве со смертельным исходом и общим числом зарегистрированных несчастных случаев на производстве за календарный год) не произошло. В то же время имеющееся соотношение на уровне 1:21 – 1:23 существенно отличается от аналогичных соотношений в странах с развитой экономикой (1:50 – 1:200 – 1:500). Косвенным подтверждением недостаточного учета лёгких несчастных случаев на производстве является более медленное снижение числа тяжелых несчастных случаев на производстве по сравнению с лёгкими и рост их доли в общей численности несчастных случаев с 12,9 % в 2007 году до 21,2 % в 2018 году.

Вторым фактором, обуславливающим снижение регистрации несчастных случаев на производстве, является ежегодное снижение численности лиц, застрахованных в системе обязательного социального страхования от данного вида рисков. Доля застрахованных среди занятых на производстве за 12 лет упала с 93,2 до 70,7 %.

В итоге количество зарегистрированных производственных инцидентов в Российской Федерации ежегодно снижается на фоне существенного (более чем в 3 раза) роста расходов на мероприятия по охране труда и защите здоровья работников. При этом нельзя говорить о высоком уровне достоверности в системе регистрации несчастных случаев на производстве, что в первую очередь отражается на числе зарегистрированных лёгких случаев, но по крайней мере ситуация не имеет тенденции к ухудшению. Коэффициент S , отражающий уровень достоверности регистрации несчастных случаев на производстве в странах с недостоверным учётом, за последние 12 лет не снижался.

Несмотря на снижение числа получателей страховых выплат с 552018 человек в 2007 году до 453321 человека в 2018 году, общие расходы средств страхового возмещения растут, что отражает рост расходов в расчёте на

одного застрахованного. Уровень ежегодного удовлетворения нуждемости пострадавших на производстве в реабилитационных мероприятиях достаточно высок. На этом фоне уменьшается тяжесть последствий производственных инцидентов. Если в 2014 году незначительные нарушения функции при первичном освидетельствовании выявлялись у 66,3 % освидетельствуемых, то к 2019 году данный показатель возрос до 86,86 %.

Анализ показателей реабилитации пострадавших на производстве показал, что на протяжении 6 лет, с 2014 по 2019 год, положительные результаты реабилитации отмечаются в 60 и более процентах случаев, при этом полная компенсация нарушенных функций фиксируется менее чем в 5 % случаев переосвидетельствований, следовательно, положительные результаты реабилитации достигаются за счёт частичной компенсации или восстановления нарушенных функций. При этом уровень профессиональной реабилитации пострадавших на производстве крайне низок, что связано не только с ростом числа лиц пенсионного и предпенсионного возраста в структуре освидетельствуемых, но, в первую очередь, с несовершенством действующего законодательства, не предусматривающего возможность финансирования основной массы мер по профессиональной реабилитации пострадавших на производстве за счёт средств соответствующего вида страхования и не обеспечивающего экономическую заинтересованность причинителей вреда в сохранении профессионального статуса пострадавших на производстве. Так, нуждаемость в профессиональной реабилитации в 2018 и 2019 годах устанавливалась более чем в 72 тыс. случаев, а услуги по профессиональному обучению (переобучению) получили 76 и 67 человек, соответственно.

Доля положительных результатов профессиональной реабилитации, выражающаяся в обеспечении занятости и достижении производственной адаптации, колебалась в анализируемом периоде от 0,2 до 6,6 %, что нельзя признать сколько-нибудь удовлетворительным, особенно с учетом того, что в структуре контингента пострадавших на производстве преобладают (более 80 % в

анализируемом периоде) люди с незначительными и умеренными нарушениями функций.

Установление степени утраты профессиональной трудоспособности является ключевым условием предоставления страхового обеспечения пострадавшим на производстве и определяет размер возмещения утраченного заработка. Принятые более 20 лет назад клинико-функциональные критерии утраты профессиональной трудоспособности устарели, как с точки зрения предлагаемых для использования методов объективизации функциональных нарушений и их классификаций, так и с точки зрения используемого подхода к оценке профессионального статуса пострадавших на производстве.

Наиболее значимы, то есть способные повлиять на результат экспертизы несоответствия, были выявлены в критериях оценки нарушений функции слухового анализатора и дыхательной системы, что требует внесения соответствующих корректив.

Тяжесть последствий производственных травм зависит от нозологической формы, исходной тяжести состояния и качества медицинской помощи. Косвенным подтверждением тяжести травмы является время нахождения на больничном листе. Следует ожидать что между степенью УПТ и данными факторами будет наблюдаться определённая корреляция. Так высокое качество и доступность медицинской помощи, должны обеспечить снижение тяжести последствий травм в виде нарушений функций, а более длительный срок нахождения на больничном листе связан с большим объемом и тяжестью травматических повреждений. Отсутствие корреляции между указанными факторами и устанавливаемой в регионах степенью УПТ свидетельствует о том, что используемые критерии не отражают в полной мере степень выраженности причиненного здоровью пострадавших вреда. Различия средних показателей утраты профессиональной трудоспособности между регионами может также зависеть и от структуры промышленного производства.

Углублённый анализ 622 случаев освидетельствования в Свердловской области и Ставропольском края, отличающихся по структуре промышленного

производства не выявил достоверных различий в структуре производственных травм, приводящих к утрате профессиональной трудоспособности. Наличие достоверных различий в степени УПТ при травмах верхней конечности ($t = 2,22$ при $t_{\text{критич}} = 1,75$ и $p < 0,05$) объясняется высокой долей ручного труда в большинстве отраслей сельского хозяйства, характерных для экономики Ставропольского края, поскольку нарушение структур и функций верхних конечностей более существенно сказывается на возможности продолжения работы в прежней специальности без существенного снижения объема выполняемых операции и тяжести трудового процесса у сельскохозяйственных рабочих по сравнению с работниками целого ряда промышленных производств с низкой долей ручного труда.

Анализ результатов экспертной оценки профессиональной трудоспособности в 77 субъектах Российской Федерации за 2015-2017 годы (объём выборки 167 259 освидетельствований показал высокий (21,6%) уровень вариативности принимаемых решений и отсутствие влияния внешних факторов на средний уровень степени утраты профессиональной трудоспособности, как в целом, так и по наиболее распространённым нозологическим формам производственных травм (травмы нижней конечности) и профессиональных заболеваний (нейро-сенсорная тугоухость). Это позволило сделать вывод о том, что действующие критерии позволяют с высокой степенью вариативности принимать экспертные решения по установлению степени утраты профессиональной трудоспособности. Поэтому в ходе работы предложен ряд изменений действующих критериев оценки степени УПТ, базирующихся на основе МКФ и принципов «разумного приспособления».

Проведённая апробация предлагаемых критериев в двух субъектах Российской Федерации на выборке из 622 пострадавших (доверительная вероятность 99–99,7 %, доверительный интервал $\pm 4,55$ %) показала не только возможность достижения основной задачи по повышению воспроизводимости и прозрачности получаемых в результате освидетельствования результатов, но и допустимый уровень риска существенного изменения экспертных оценок до и

после введения новых критериев у конкретных пострадавших. Помимо этого, продемонстрирована высокая социальная и экономическая эффективность перехода на предлагаемые к дальнейшему использованию критерии.

Действующими нормативными документами регулируется порядок предоставления, оплаты или компенсации расходов пострадавших на производстве на проведение тех или иных реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности осуществляется в первую очередь на основе экстенсивных показателей (количество обеспеченных, затраченные средства, количество выполненных мероприятий). При этом вопросы маршрутизации, координации работы различных служб, оценки результатов реабилитации, в первую очередь профессиональной, по параметрам эффективности в действующем законодательстве не рассматриваются. Низкая эффективность проводимых мероприятий на фоне ежегодного роста расходов настоятельно требует изменения подходов не только к организации процесса реабилитации пострадавших на производстве, но и к изменению механизмов предоставления различных реабилитационных мероприятий на базе современных подходов, используемых в практике проектного менеджмента.

Также нуждается в модернизации и сам способ предоставления реабилитационных мероприятий в целях повышения качества предоставляемых услуг и совершенствования целевого характера их предоставления.

Применение ЭС в качестве средства софинансирования для получения тех или иных реабилитационных услуг при соблюдении ряда условий принципиально возможно и позволит не только существенно упростить процедуру получения реабилитационной услуги, устранив целый ряд административных барьеров, но и повысить её качество за счёт расширения возможностей по учёту индивидуальных потребностей пострадавших на производстве.

Анализ мнения экспертов о выгодах от возможного внедрения в практику обеспечения пострадавших на производстве ЭС позволил выделить наиболее существенные из них:

- наличие возможности выбора организации – поставщика ТСР;

- расширение возможностей выбора ТСР;
- обеспечение баланса целевого назначения ЭС и свободы потребительского выбора гражданина;
- рациональное использование и повышение прозрачности расходования финансовых средств ФСС.

Ряд экспертов прогнозировал возможность снижения расходов средств социального страхования за счёт привлечения собственных средств пострадавших в качестве источника софинансирования, но данная выгода, скорее, может быть отнесена к рискам реализации проекта, поскольку будет свидетельствовать о наличии ошибок при определении стоимости ЭС, что определено экспертами в качестве наиболее опасного негативного фактора. Таким образом, большинство прогнозируемых значимых выгод носят ярко выраженный социальный характер.

При оценке возможных рисков в качестве наиболее вероятных экспертами выделены такие, как:

- негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР;
- неточность расчета норматива стоимости ТСР;
- риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСР;
- информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР;
- неготовность населения к самостоятельному выбору ТСР.

Большинство указанных рисков могут быть нивелированы при человекоцентричной организации работы специалистов ФСС, в которой основное место будет отводиться непосредственному взаимодействию между сотрудниками ФСС, отвечающими за предоставление реабилитационных мероприятий, и пострадавшими на производстве. Возможности для изменения подходов также представятся при реализации проекта, ведь, по мнению сотрудников ФСС, структура трудовых затрат претерпит существенные изменения. Если в настоящее время только около 36 % времени от общих трудовых затрат

приходится непосредственно на работу с получателями страховых выплат, то после реализации новых форм предоставления реабилитационных мероприятий на работу с застрахованными предполагается тратить около 60 % рабочего времени.

Необходимость совершенствования структуры и порядка страхового возмещения вреда здоровью подтверждена результатами анкетирования пострадавших на производстве. Изменение действующей системы обеспечения посредством введения ЭС, как по мнению экспертов, так и по мнению потребителей услуг будет способствовать улучшению текущей ситуации. Наибольшую обеспокоенность потребителей вызывает не столько возможность софинансирования процесса обеспечения ТСР, сколько необходимость обращения к услугам профессиональных консультантов по подбору ТСР, что подтверждает необходимость создания службы страховых менеджеров в Фонде социального страхования Российской Федерации.

Таким образом, в целом результаты экспертной оценки выгодоприобретения и рисков применения новой модели обеспечения лиц, пострадавших на производстве, указывают на принципиальную возможность внедрения нового механизма предоставления ТСР, что в целом совпадает с мнением целевой группы. При анализе трудозатрат страховщика в системе обеспечения лиц, пострадавших на производстве, выявлено, что общие трудозатраты существенно не изменятся, произойдёт только их перераспределение с работы по оформлению документов на работу с пострадавшими.

Методологические и методические предложения, представленные в работе, опираются на положения действующих в Российской Федерации нормативно-правовых актов, регулирующих отношения, возникающие в связи с предоставлением страхового обеспечения в результате наступления несчастных случаев на производстве или развития профессиональных заболеваний, государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, включая проведение количественной оценки степени нарушенных функций организма.

По результатам проведенного исследования подготовлены научно обоснованные предложения:

а) по совершенствованию правового регулирования, организационных основ, механизмов предоставления пострадавшим на производстве услуг по реабилитации и их финансирования с применением ЭС, повышению эффективности межведомственного и межуровневого информационного взаимодействия исполнительных органов государственной власти и организаций в сфере обеспечения пострадавших различными видами (средствами) реабилитации;

б) по разработке модели обеспечения пострадавших на производстве различными видами (средствами) реабилитации с учётом возможной вариативности и система управления реабилитационным процессом в целом;

в) по изменению методических подходов к установлению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

Результаты научно-исследовательской работы будут способствовать:

– формированию комплексного подхода к объективизации установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

– внедрению в практику научно обоснованных методологических и методических предложений по изменению методов объективизации установления степени утраты профессиональной трудоспособности и механизма установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

– повышению доступности и улучшению качества предоставляемых пострадавшим на производстве услуг по экспертизе степени утраты профессиональной трудоспособности;

– стратегическому развитию сферы страхового обеспечения пострадавших на производстве, формированию единого понятийного аппарата и научно обоснованного подхода (в том числе, на основе МКФ) к определению степени утраты профессиональной трудоспособности, использованию единой

методологии и единых медицинских критериев как при определении степени утраты трудоспособности, так и при определении группы инвалидности;

– улучшению взаимодействия министерств и ведомств, снятию межведомственных барьеров в области, касающейся решения вопросов определения степени утраты профессиональной трудоспособности, совершенствованию нормативно-правовой базы в сфере страхования и судопроизводства.

Переход на предлагаемую модель обеспечения позволит: сократить сроки предоставления пострадавшим на производстве различных видов (средств) реабилитации; уменьшить число административных барьеров и процедур; исключить необходимость проведения конкурсных процедур по отбору поставщиков изделий, что приведёт не только к сокращению сроков предоставления изделий, но и к устранению коррупциогенных факторов; обеспечить развитие конкурентной среды в сфере предоставления пострадавшим на производстве различных видов (средств) реабилитации; предоставить лицам, пострадавшим на производстве, возможность для софинансирования при реализации индивидуальных потребностей и пожеланий при предоставлении услуг по реабилитации.

Применение результатов исследования позволит повысить доступность и качество предоставляемых пострадавшим на производстве услуг по реабилитации, обеспечит индивидуальный подход к назначению и предоставлению различных видов (средств) реабилитации, упростит порядок и сократит сроки обеспечения пострадавших на производстве различными видами (средствами) реабилитации за счёт устранения административных барьеров, позволит сократить расходы Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату дополнительных расходов пострадавших на производстве, связанных с проведением реабилитационных мероприятий.

В дальнейшем предложенные автором механизмы обеспечения могут быть распространены на обеспечение инвалидов техническими средствами

реабилитации, а лиц льготных категорий – услугами по санаторно-курортному лечению.

ВЫВОДЫ

1. Основные положения международных норм и правил в части объёма предоставляемых пострадавшим на производстве компенсационных и реабилитационных мероприятий соблюдаются Российской Федерацией в полной мере. При этом существует ряд организационных и административных барьеров, препятствующих максимально возможному повышению уровня активности и участия пострадавших на производстве, среди которых можно выделить несовершенство критериев экспертной оценки вреда, причиненного здоровью пострадавших в результате производственных инцидентов и несовершенство административных систем и политики предоставления им реабилитационных мероприятий.

2. На фоне практически неизменной численности лиц, занятых в экономике, показатели профессиональной заболеваемости и производственного травматизма в Российской Федерации и тяжесть их последствий стабильно снижаются под влиянием целого ряда разнонаправленных факторов:

– повышение расходов на мероприятия по охране труда и профилактические мероприятия (с 4725,5 рублей на 1 работающего в 2007 году до 14246,4 рублей на 1 работающего в 2018 году);

– недостоверность учета несчастных случаев на производстве, в первую очередь за счёт лёгких несчастных случаев, что подтверждается стабильно высокими значениями коэффициента S от 1/21 до 1/23 (в странах с достоверным учётом 1/250–1/500) и достоверно более низким темпом снижения числа ежегодно регистрируемых случаев с тяжёлыми последствиями по сравнению с лёгкими ($t = 2,24$, при $t_{\text{критич.}} = 1,81$);

– снижение среди занятых в экономике доли застрахованных от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (с 93,2 до 70,7 % за 12 лет), что подтверждает рост «серой» занятости, не предполагающей уплаты работодателями страховых взносов и регистрации несчастных случаев;

– рост расходов средств Фонда социального страхования с 2007 по 2018 год на реабилитацию пострадавших на производстве более чем в 3 раза суммарно, и более чем в 4 раза в расчёте на одного пострадавшего на производстве.

3. Уровень остаточной профессиональной трудоспособности пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний достаточно высок. Среди ежегодно освидетельствуемых преобладают лица с незначительными и умеренными нарушениями функций. На долю пострадавших с выраженными и значительно выраженными нарушениями суммарно приходится не более 10 % при первичном и не более 16 % при повторном освидетельствовании. При первичном освидетельствовании подавляющее большинство граждан – около 80 % – находится в трудоспособном возрасте. Таким образом, перспективы по возвращению пострадавших на производстве к трудовой деятельности, при условии использования комплекса реабилитационных мероприятий, можно оценить как благоприятные.

4. Действующие критерии не позволяют с высокой степенью воспроизводимости принимать экспертные решения по установлению степени УПТ в аналогичных случаях. Средняя степень УПТ по всем случаям экспертизы пострадавших на производстве в Российской Федерации за три года составила 34,9 %, коэффициент вариации принятых решений составил 21,6 %, средняя степень УПТ при травмах нижних конечностей составила 37,5 %, коэффициент вариации – 19,7 %, средняя степень УПТ при нейросенсорной тугоухости составила 25,5 %, коэффициент вариации – 35,6 %.

5. Влияние наиболее значимых внешних факторов на средний уровень УПТ в регионах не установлено, так корреляционная связь между средней продолжительностью случая временной нетрудоспособности при несчастных случаях на производстве и средней степенью утраты УПТ, определённая методом ранговой корреляции со степенью достоверности более 99,9 %, не установлена ($p = 0,045$, $t = 0,39$). Анализ ранговой корреляции между средней степенью УПТ в результате травм нижней конечности и занимаемым соответствующим субъектом Российской Федерации местом в рейтинге доступности и качества медицинской

помощи продемонстрировал отсутствие корреляционной связи между этими показателями со степенью достоверности более 99,9 % ($p = 0,052$, $t = 0,45$). Таким образом, основным фактором, обуславливающим высокую вариативность принимаемых в субъектах Российской Федерации решений, является несовершенство методики оценки.

6. Использование при разработке новой модели медико-социальной экспертизы пострадавших на производстве и критериев оценки степени утраты профессиональной трудоспособности подхода, базирующегося на Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и концепции «разумного приспособления», позволило добиться получения воспроизводимых результатов экспертизы по аналогичным экспертным случаям и существенно снизить вариативность принятия решений. Средняя степень УПТ при использовании действующих критериев составила 35,5 % в Ставропольском крае и 26,3 % в Свердловской области (стандартное отклонение – 6,6, коэффициент вариации – 21,25 %). При использовании предложенных критериев – 28,5 и 25,6 %, соответственно (стандартное отклонение – 2,0, коэффициент вариации – 7,43 %). Различия коэффициентов вариации, принятых при использовании действующих и предлагаемых критериев, достоверны.

7. Анализ нуждаемости пострадавших на производстве в различных реабилитационных мероприятиях в соответствии с разработанными программами реабилитации за 2014–2019 годы показал, что наиболее высока их потребность в лекарственных средствах. К примеру, в 2018–2019 годах рекомендации по обеспечению препаратами были вынесены более чем в 85 % освидетельствований (85,7 и 86,4 на 100 человек, соответственно), в санаторно-курортном лечении нуждалось 84,4 и 86,5 на 100 человек, соответственно, в мероприятиях по профессиональной реабилитации – 61,8 и 62,8 на 100 человек, соответственно, в ТСР (включая ПОИ) нуждаемость составила 19,9 и 21,0 на 100 человек, соответственно. Анализ исполнения мероприятий по удовлетворению нуждаемости в лекарственных препаратах и санаторно-курортном лечении

указывает на высокий уровень исполнения рекомендаций (более 95 % случаев ежегодно) и низкую значимость административных барьеров при реализации пострадавшими своих прав. Низкий уровень реализации мероприятий по профессиональной реабилитации (не более 25 % в год) обусловлен наличием барьеров в доменах е570 «Службы, административные системы и политика социального страхования» и е590 «Службы, административные системы и политика труда и занятости». Уровень исполнения рекомендаций по обеспечению ТСП приближается к 50 %, что отражает наличие барьеров в доменах е570 «Службы, административные системы и политика социального страхования» и е580 «Службы, административные системы и политика здравоохранения».

8. Проектный подход к оперативно-координационному управлению системой медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве при изменении способа предоставления реабилитационных мероприятий и технических средств реабилитации позволит создать клиентоориентированную систему реабилитационного менеджмента, в которой будет преобладать непосредственная работа с пострадавшими на производстве. По оценкам экспертов, если в настоящее время в структуре трудозатрат специалистов Фонда социального страхования только около 36 % времени от общих трудозатрат приходится непосредственно на работу с получателями страховых выплат, то после реализации новых форм предоставления реабилитационных мероприятий на работу с застрахованными предполагается тратить около 60 % рабочего времени.

9. Возможное изменение механизма предоставления реабилитационных мероприятий с использованием электронного (на примере технических средств реабилитации) положительно оценивается не только большинством экспертов, но и инвалидами с причиной инвалидности «общее заболевание» и инвалидами с причиной инвалидности «трудовое увечье». Около 40–50 % респондентов ожидают роста качества предоставляемых изделий, сокращения сроков их предоставления, прогнозируется также расширение возможностей по индивидуальному подбору изделий и выбору поставщика. Также для повышения

эффективности реабилитационных мероприятий необходим пересмотр перечня ТСР предоставляемых за счёт средств федерального бюджета, что особенно актуально для инвалидов по зрению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки степени утраты профессиональной трудоспособности при профессиональных заболеваниях и травмах на производстве наиболее целесообразно использовать для оценки функциональных нарушений классификации и критерии, применяемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в целях установления групп инвалидности.

2. При установлении степени УПТ вследствие выраженного нарушения функций организма пострадавшим на производстве необходимо предусмотреть возможность установления не только 100 процентов утраты профессиональной трудоспособности, что полностью исключает возможность дальнейшего трудоустройства, но и 90 процентов, что предусматривает возможность трудоустройства на специально созданных рабочих местах.

3. При оценке способности пострадавших на производстве продолжать профессиональную деятельность с учетом необходимости изменения условий труда необходимо заменить понятие «специально созданные производственные условия», не имеющее правового определения на понятие «специальные рабочие места», определение которого содержится в соответствующем федеральном законе.

4. При оценке степени выраженности снижения профессиональной трудоспособности в процентах необходимо использовать объективные критерии, базирующиеся на принципах МКФ и концепции «разумного приспособления» при адаптации рабочих мест, позволяющих оценить утрату профессиональной трудоспособности с высокой степенью воспроизводимости результатов. Адаптация рабочего места, в зависимости от тяжести нарушения функций и наличия медицинских противопоказаний, может включать в себя ряд последовательных этапов: снижение объема (тяжести) труда; изменение условий труда, позволяющее продолжать профессиональную деятельность при наличии медицинских противопоказаний; корректировку организации работы, рабочих

графиков, разбивку производственных заданий на базовые составляющие, что позволяет продолжать профессиональную деятельность при снижении квалификации, создание специального рабочего места.

5. При определении степени УПТ по последствиям нескольких страховых случаев, итоговую степень УПТ следует определять в зависимости от влияния совокупности последствий несчастных случаев и/или профессиональных заболеваний на нарушение функций и способность пострадавшего выполнять профессиональную деятельность, предшествующую повторному несчастному случаю или профессиональному заболеванию. В случаях, когда последствия повторных производственных травм и/или профессиональных заболеваний приводят к нарушениям одинаковых функций, итоговая степень УПТ устанавливается, исходя из имеющегося на момент освидетельствования нарушения функций и выраженности ограничения профессиональной трудоспособности. В случаях, когда последствия повторных производственных травм и/или профессиональных заболеваний приводят к нарушениям различных функций, итоговая степень УПТ определяется по наиболее выраженным по степени тяжести. При равной выраженности функциональных нарушений в двух и более функциональных системах определение итогового процента УПТ производят с учётом тех стойких расстройств, которые вызвали наибольшие по выраженности ограничения профессиональной трудоспособности.

6. Для расширения перечня мероприятий с гарантированным источником финансирования, при наличии в ПРП соответствующих рекомендаций, целесообразно рассмотреть вопрос о возмещении работодателю затрат на оборудование (оснащение) специального рабочего места для пострадавшего на производстве и расходов на персональное сопровождение в процессе производственной адаптации за счёт средств Фонда социального страхования. Это потребует внесения изменений в статью 8 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», позволяющих расширить

перечень мер по профессиональной реабилитации, предоставляемых в рамках страхового возмещения.

7. В качестве механизма, позволяющего заинтересовать причинителя вреда в профессиональной реабилитации застрахованных, можно предложить корректировку существующих правил установления скидок и надбавок к страховому тарифу, утверждённых постановлением Правительства РФ от 30.05.2012 № 524 «Об утверждении Правил установления страхователям скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», исключив из расчёта надбавки страховые случаи и расходы по ним при трудоустройстве пострадавшего на данном предприятии.

8. При предоставлении пострадавшим на производстве реабилитационных мероприятий целесообразен переход от существующей системы предоставления в «натуральном виде» к предоставлению на основе электронных сертификатов, что позволит не только обеспечить свободный выбор наиболее качественных изделий и услуг, но и изменить структуру трудозатрат сотрудников фонда социального страхования с перераспределением рабочего времени от работы с документами к работе с получателями страхового возмещения.

9. В целях координации работы по эффективному оказанию медицинской и социальной помощи застрахованным в подведомственных бюджетных учреждениях и на договорной основе с иными заинтересованными организациями, расположенными на территории Российской Федерации, условия и порядок работы которых определяются Правлением ФСС РФ, а также в целях совершенствования работы по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации лиц, пострадавших на производстве, необходимо создание страховщиком службы реабилитационного менеджмента.

Таким образом, результаты исследования могут применяться для совершенствования правового регулирования и страховых механизмов обеспечения пострадавших на производстве. Применение результатов

исследования позволит повысить доступность и качество услуг, предоставляемых лицам, получившим повреждения здоровья на производстве, обеспечит индивидуальный научно обоснованный подход и единые критерии для определения степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве и граждан иных категорий.

Использование результатов исследования в практике работы Фонда социального страхования позволят перераспределить трудозатраты сотрудников соответствующих служб от работы с бумагами и нормативными документами к работе по организации и курации каждого случая реабилитации пострадавшего на производстве на основе процессного подхода.

Применение результатов исследования в практике работы учреждений МСЭ позволит повысить уровень экономической и социальной эффективности при выполнении работ, связанных с освидетельствованием пострадавших на производстве.

Очевидные выгоды пострадавших на производстве от результатов внедрения работы будут заключаться в расширении возможностей по получению реабилитационных мероприятий и восстановлению профессиональной трудоспособности.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВВП – Валовой внутренний продукт

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВТЭК – Врачебно-трудовая экспертная комиссия

ГБ МСЭ – Главное бюро медико-социальной экспертизы

ИПРА – Индивидуальная программа реабилитации и абилитации

МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МОТ – Международная организация труда

МРЭК – Медико-реабилитационная экспертная комиссия

МСЭ – Медико-социальная экспертиза

МТЭ – Медико-техническая экспертиза

ООН – Организация Объединенных Наций

НС – Несчастный случай на производстве

ПЗ – Профессиональное заболевание

ПРП – Программа реабилитации пострадавшего вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания

ПДУ – Предельно допустимый уровень

ПОИ – Протезно-ортопедические изделия

РФ – Российская Федерация

СНГ – Содружество Независимых Государств

СУПТ – Степень утраты профессиональной трудоспособности

ТСР – Техническое средство реабилитации

УПТ – Утрата профессиональной трудоспособности

ФСС – Фонд социального страхования

ЭС – Электронный сертификат

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулгазис, Д.У. Анализ динамики производственного травматизма на предприятиях и в организациях республики Крым / Д.У. Абдулгазис // Учёные записки Крымского инженерно-педагогического университета. – 2018. – № 2 (60). – С. 196–200.
2. Аблязов, Н.Р. Охрана труда и производственный травматизм на строительных предприятиях / Н.Р. Аблязов // Учёные записки Крымского инженерно-педагогического университета. – 2018. – № 4 (62). – С. 195–200.
3. Агафонов, В.А. Правовые вопросы социального обеспечения в психологической реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / В.А. Агафонов // Образование и право. – 2018. – № 9. – С. 81–89.
4. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в Республике Хакасия / О.Г. Струкова, Т.А. Евтухова, Т.А. Щукина, Н.А. Кара-оол // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 4. – С. 79–86.
5. Альшиц, Е.А. Результативность предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний / Е.А. Альшиц, И.А. Кулькова // Управленец. – 2018. – № 2. – С. 18–24.
6. Ан, А.В. Медико-социальные основы заболеваемости, инвалидности и научное обоснование системы мер по повышению эффективности комплексной реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве: автореферат дис. ... доктора мед. наук: 14.00.54, 14.00.50 / Ан Алексей Владимирович. – Москва, 2008. – 42 с.
7. Анализ результатов первичного освидетельствования для установления степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний в Кемеровской области за период 2015–2018 гг. / О.Н. Гаврилук, Е.В. Родыгина,

Л.Г. Рогова, Л.А. Мохонько // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019. – № 4. – С. 13–23.

8. Андреева, О.С. Вопросы инвалидности и реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации / О.С. Андреева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 1. – С. 85–95.

9. Артамонова, В.Г. Профессиональные болезни: учебник / В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 2004. – 480 с.

10. Аухадеев, Э.И. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования / Э.И. Аухадеев, Р.А. Бодрова // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – № 1. – С. 6–9.

11. Ахантьева, Н.В. Социальное обеспечение граждан, пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, на региональном уровне / Н.В. Ахантьева, О.В. Скрябина // Ленинградский юридический журнал. – 2019. – № 2 (56). – С. 152–161.

12. Ахметзянов, Ф.И. Комплексная реабилитация и возвращение к труду пострадавших в результате тяжёлых несчастных случаев на производстве в 2015–2016 гг. / Ф.И. Ахметзянов, М.С. Александрова // Вопросы курортологии, физиотерапии лечебной физкультуры. – 2016. – № 2–2. – С. 32–33.

13. Ашмарина, С.В. Травматизм и страхование горнозаводских рабочих в России в начале XX в.: количественный анализ / С.В. Ашмарина, Л.И. Бородкин // Экономическая история. – 2003. – № 9. – С. 44–58.

14. Бабаков, А.Н. Организация выплат пострадавшим в системе обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / А.Н. Бабаков, А.Г. Черникова // Вестник ИМСИТ. – 2017. – № 3 (71). – С. 11–13.

15. Бабаков, А.Н. Проблемы организации выплаты компенсации пострадавшим на производстве / А.Н. Бабаков, А.А. Аверина // Интеграция наук. – 2017. – № 10 (14). – С. 22–24.
16. Баевский, И.Л. О социальном страховании в СССР / И.Л. Баевский // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2019. – № 11. – С. 205–223.
17. Балдецкий, А.А. Научное обоснование определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате вреда, причиненного здоровью служащих правоохранительной службы при исполнении ими служебных обязанностей: диссертация. ... кандидата мед. наук: 14.00.54 / Балдецкий Анатолий Александрович. – Москва, 2008. – 228 с.
18. Барановская, Т.В. Подходы к экспертизе трудоспособности и проблемы реабилитации больных с профессиональной причиной заболевания / Т.В. Барановская, Л.К. Першай // Здоровоохранение. – 2015. – № 9. – С. 19–23.
19. Барковская, О.С. Анализ утраты профессиональной трудоспособности и способности к трудовой деятельности у пострадавших / О.С. Барковская, В.Б. Гудимов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – № 2 (24). – С. 11–19.
20. Бедарева, В.Е. Социальное обеспечение пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний / В.Е. Бедарева, Ж.Л. Варакина // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), посвящённой 100-летию факультетских клиник ИГМУ (1920–2020) (г. Иркутск, 08 декабря 2020 г.) / под ред. Г.М. Гайдарова. – Иркутск: ИНЦХТ, 2020. – С. 11–16.
21. Бейлихис, Г.А. Очерки истории охраны труда здоровья рабочих СССР / Г.А. Бейлихис. – Москва: Медицина, 1971. – 192 с.
22. Беличенко, В.В. Основные показатели производственного травматизма и меры по охране труда в Краснодарском крае / В.В. Беличенко //

Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 1. – С. 72–76.

23. Белогруд, И.Н. Развитие принципов социального страхования / И.Н. Белогруд // Гуманитарные научные исследования. – 2017. – № 4 (68). – С. 285–295.

24. Белогруд, И.Н. Совершенствование комплексной системы реабилитации пострадавших на производстве / И.Н. Белогруд // Гуманитарные научные исследования. – 2017. – № 3 (67). – С. 276–283.

25. Бердникова, Л.Н. Улучшение условий труда работников животноводства за счёт организационных мероприятий / Л.Н. Бердникова // Эпоха науки. – 2020. – № 24. – С. 94–97.

26. Боговик, О.В. Экономика организации (предприятия): учебное пособие / О.В. Боговик. – Санкт-Петербург: Изд-во Политехн. ун-та, 2004. – 192 с.

27. Божков, И.А. Технические средства реабилитации: теория и практика назначения и подбора в медицинской организации / И.А. Божков, М.А. Севастьянов // Российский семейный врач. – 2013. – Т. 17, № 1. – С. 23–27.

28. Бойко, И.В. Характеристика типичных нарушений прав больных, пострадавших от профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве / И.В. Бойко, Е.В. Виноградова // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 2. – С. 27–33.

29. Болдырев, В.А. Возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина: учебное пособие / В.А. Болдырев. – Омск: Омская акад. МВД России, 2006. – 107 с.

30. Бонч-Осмоловская, К. Минздрав: более 14 тысяч российских медиков заразились коронавирусом на работе / К. Бонч-Осмоловская. – Текст: электронный // Новая газета. – 2020. – 07 июля. – URL: <https://novayagazeta.ru/news/2020/07/07/162836-minzdrav-bolee-14-tysyach-rossiyskih-medikov-pereboleli-koronavirusom> (дата обращения: 16.01.2022).

31. Брызгалова, И.Г. Психологическая помощь в системе комплексной реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / И.Г. Брызгалова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 3. – С. 75–78.

32. Владимирова, О.Н. Некоторые вопросы профессионального образования инвалидов. теория и практика / О.Н. Владимирова, О.В. Ломоносова // Вестник факультета управления СПбГЭУ. – 2018. – № 3. – С. 465–469.

33. Владимирова, О.Н. Современные подходы к определению потребностей инвалидов в мерах профессиональной реабилитации / О.Н. Владимирова, О.В. Ломоносова // Современный менеджмент: проблемы и перспективы: сборник статей по итогам XIV международной научно-практической конференции (г. Санкт-Петербург, 25–26 апреля 2019 г.). – Санкт-Петербург: СПбГЭУ, 2019. – С. 681–685.

34. Власова, О.В. Анализ производственного травматизма в России / О.В. Власова // Региональный вестник. – 2020. – № 5 (44). – С. 90–92.

35. Возможности применения МКФ в программе профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов / Л.А. Карасаева, М.В. Горяйнова, И.Р. Мясников, А.А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 20–26.

36. Вопросы инвалидности и формирования трудовых рекомендаций для пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в Российской Федерации / М.А. Дымочка, О.С. Андреева, М.А. Омаров, С.Б. Шахсуварян, Л.А. Тарасова, М.А. Рычкова, С.М. Маккаева, М.Н. Пузин, Б.Г. Афанасьев, Ю.В. Лепаев, И.С. Денищук // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 3 (20). – С. 116–121.

37. Вопросы труда инвалидов. Кодекс практики МБТ. – Женева: Международное бюро труда, 2002. – Текст: электронный // Международная организация труда. – URL: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro->

geneva/---sro-moscow/documents/publication/wcms_344715.pdf (дата обращения: 16.01.2022).

38. Временное руководство ВОЗ от 19 марта 2020 г. «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе». – Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73712744/> (дата обращения: 16.01.2022).

39. Временные методические рекомендации. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 2 (31.07.2020). – Текст : электронный // Официальный сайт Минздрава России. – URL: https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/specialists/COVID-19/dop-materials/VMR_medreabilitacija_COVID_versija2.pdf (дата обращения: 16.01.2022).

40. Временные рекомендации по диагностике, лечению туберкулеза и диспансерному наблюдению во фтизиатрических организациях в условиях эпидемии COVID-2019 / И.А. Божков, Г.С. Баласанянц, И.В. Юбрина, Д.В.Ченцов, Н.В. Корнева, Д.А. Врабий. – Санкт-Петербург, 2020. – 32 с.

41. Гальянов, И.В. Состояние общего производственного травматизма в субъектах РФ и основных видах экономической деятельности / И.В. Гальянов, Н.С. Студенникова // Социально-экономические аспекты развития села. – 2014. – № 2 (2). – С. 5–9.

42. Галюкова, М.И. Уголовно-правовая характеристика экономического признака определения степени тяжести вреда здоровью / М.И. Галюкова // Современное право. – 2006. – № 12. – С. 12–14.

43. Гаркуша, Л.Г. Судебная практика ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по иркутской области по обжалуемым решениям об установлении степени утраты профессиональной трудоспособности застрахованных от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / Л.Г. Гаркуша, Л.Ю. Баранова, В.И. Забирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – № 3. – С. 40–42.

44. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 29.01.1996. – № 5. – Ст. 410.

45. Гринвальд, И.М. Реабилитация больных и инвалидов на промышленных предприятиях / И.М. Гринвальд, О.Н. Щепетова. – Москва: Медицина, 1986. – 144 с.

46. Гусейнов, А.И. Несчастные случаи на производстве в России / А.И. Гусейнов, В.Я. Бершадский // Молодёжь и наука. – 2018. – № 8. – С. 67.

47. Данилова, С.Г. При проведении медико-социальной экспертизы пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний нормы закона являются определяющими / С.Г. Данилова, А.В. Панов // Медицинская экспертиза и право. – 2011. – № 1. – С. 8–14.

48. Данишевский, К.Д. Виды исследований в доказательной медицине / К.Д. Данишевский // Медицина. – 2015. – № 1. – С. 18–30.

49. Денисов, Э.И. Медицина труда в Евросоюзе: стратегия, директивы, руководства, статистика / Э.И. Денисов, И.В. Степанян, М.Ю. Челищева // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – № 4. – С. 1–8.

50. Додонов, А.Г. Оплата лечения застрахованных лиц, пострадавших в результате тяжёлого несчастного случая на производстве / А.Г. Додонов // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011. – № 5. – С. 66–75.

51. Долидович, О.М. Становление системы социального обеспечения под руководством А.М. Коллонтай: от сферы приватной в Российской Империи к пространству публичного в Советской России (12 ноября 1917 года – 11 марта 1918 года) / О.М. Долидович, Т.А. Катцина // Журнал исследований социальной политики. – 2011. – № 2 (9). – С. 255–276.

52. Епифанов, А.В. Медицинская реабилитация / А.В. Епифанов, Е.Е. Ачкасов, В.А. Епифанов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с.

53. Задорина-Негода, Г.Н. Особенности комплексной физической терапии при реабилитации пациентов с неспецифической болью в спине / Г.Н. Задорина-

Негода, Е.Е. Ачкасов // Вестник восстановительной медицины. – 2021. – № 2. – С. 94–103.

54. Зайцев, В.М. Прикладная медицинская статистика / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский. – Санкт-Петербург: Дизайн. – 2000. – 299 с.

55. Зайцев, В.М. Прикладная медицинская статистика / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Фолиант», 2003. – 432 с.

56. Заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации. Приняты на девятнадцатой сессии Комитета по правам инвалидов ООН 14 февраля – 9 марта 2018 г. – Текст: электронный // Официальный сайт Минтруда России. – URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/272> (дата обращения: 16.01.2022).

57. Закон г. Москвы от 19.09.2001 № 51 «Об учете иностранной рабочей силы в городе Москве» // Вестник мэрии Москвы. – 11.2001. – № 44.

58. Занина, И.А. Российская статистика по показателям производственного травматизма / И.А. Занина, О.В. Чернышенко, Е.И. Костромина // Actual Science. – 2015. – № 3 (3). – С. 77–79.

59. Зарицкая, Л.П. Взаимодействие профпатологической службы и смежных экспертных медицинских комиссий / Л.П. Зарицкая // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2010. – № 4 (22). – С. 59–65.

60. Захарьян, А.Г. Анализ объёма и структуры профессиональной реабилитации лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний, на основании оценки реализации программ реабилитации пострадавших / А.Г. Захарьян, О.С. Барковская // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 2. – С. 17–20.

61. Зевалич, М.Л. Пострадавших на производстве можно вернуть к полноценной жизни и трудовой деятельности / М.Л. Зевалич // Охрана труда и техника безопасности на промышленных предприятиях. – 2018. – № 9. – С. 38–42.

62. Зеленецкая, Р. Реабилитация пострадавших на производстве / Р. Зеленецкая // Технадзор. – 2016. – № 11 (120). – С. 24.
63. Зуб, А.Т. Стратегический менеджмент. Теория и практика: учебное пособие для вузов / А.Т. Зуб. – Москва: Аспект Пресс, 2002. – 415 с.
64. Иванова, Е.Э. К вопросу о медико-социальной помощи лицам, пострадавшим на производстве и имеющим профессиональные заболевания / Е.Э. Иванова, Э.З. Маев // Экономические стратегии. – 2019. – № 1. – С. 114–119.
65. Игнатова, Н.А. Проблемы страхования пострадавших от несчастного случая на производстве / Н.А. Игнатова, И.Ю. Маркушина // Страхование в системе финансовых услуг в России: место, проблемы трансформации: сборник трудов XVIII международной научно-практической конференции (г. Кострома, 7–9 июня 2017 г.). – Кострома: КГУ. – 2017. – С. 219–223.
66. Игнатьюшина, Д.А. Совершенствование системы финансирования комплексной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний / Д.А. Игнатьюшина, И.А. Гареева // Ученые заметки ТОГУ. – 2018. – № 2. – С. 388–393.
67. Измеров, Н.Ф. Современные проблемы медицины труда в России / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и экология человека. – 2015. – № 2. – С. 31–41.
68. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, С.С. Меметов, Е.Е. Ачкасов, Г.Э. Погосян, И.В. Лялина, С.А. Омаров, С.С. Пузин, Д.Н. Гигинеишвили // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21, № 1–2. – С. 10–17.
69. Инвалидность и нуждаемость в реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Российской Федерации / М.А. Дымочка, М.Н. Пузин, М.А. Омаров, С.М. Маккаева, М.А. Шкурко, А.В. Дидилев, О.С. Андреева, М.А. Рычкова // Вестник Всероссийского общества по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 2. – 46–49.

70. Инновационные подходы к трудоустройству инвалидов с выраженными ограничениями жизнедеятельности в самостоятельном передвижении / Л.А. Карасаева, В.С. Лучкевич, А.Ш. Каличава, О.Н. Владимирова // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 75–79.

71. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г.Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР, 2017. – 304 с.

72. Иштерякова, О.А. Актуальные вопросы методологии медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц, пострадавших от профессиональных заболеваний / О.А. Иштерякова // *Актуальные вопросы внедрения подходов к организации и проведения медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: сборник материалов научно-практической конференции (г. Москва, 4–6 декабря 2013 г.)*. – Москва: Минтруд России, 2013. – С. 84–86.

73. Иштерякова, О.А. Модернизация медико-социальной экспертизы и реабилитации при профессиональных заболеваниях / О.А. Иштерякова, Н.Х. Амиров, З.М. Берхеева // *Медико-социальные проблемы инвалидности*. – 2011. – № 4. – С. 50–52.

74. Иштерякова, О.А. Мониторинг и профилактика инвалидности, оценка эффективности реабилитации пострадавших на производстве / О.А. Иштерякова // *Инвалидность и реабилитация: материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» (Санкт-Петербург, 24–25 ноября 2016 г.) / Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации*. – Санкт-Петербург: Перо, 2016. – С. 254–256.

75. Иштерякова, О.А. Санаторно-курортное лечение как направление профилактики профессиональных заболеваний и реабилитации лиц, пострадавших на производстве / О.А. Иштерякова // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры*. – 2018. – № 2–2. – С. 62.

76. Калачёва, О.А. Анализ производственного травматизма, в том числе по видам и причинам несчастных случаев на производстве с тяжёлыми

последствиями / О.А. Калачёва // Актуальные проблемы и перспективы развития транспорта, промышленности и экономики России: труды международной научно-практической конференции «ТрансПромЭк-2019» (г. Воронеж, 24 октября 2019 г.). – Воронеж: филиал ФГБОУ ВО «Ростовский государственный университет путей сообщения» в г. Воронеж, 2019. – С. 42–45.

77. Карасаева, Л.А. Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 10–14.

78. Карасаева, Л.А. Социальная и медико-экспертная характеристика пострадавших вследствие производственного травматизма в Хабаровском крае / Л.А. Карасаева, Н.Ю. Сибогатулина // Медицина труда и промышленная экология. – 2013. – № 4. – С. 43–48.

79. Кароль, Е.В. Анализ результатов медико-социальной экспертизы граждан, пострадавших на производстве в г. Санкт-Петербурге за период 2013–2015 гг. / Е.В. Кароль, Я.Н. Хандрикова, Е.А. Якимова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2016. – № 3. – С. 96–101.

80. Кистенев, В.В. История развития медико-социальной экспертизы в постсоветской и современной России / В.В. Кистенев, Е.В. Хуторная // Вестник науки и образования. – 2015. – № 5 (7). – С. 49–51.

81. Клинико-психологические аспекты реабилитации пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой / Е.Е. Ачкасов, М.А. Ярославская, Е.Е. Машковский, С.Н. Пузин, О.В. Гончарова, А.А. Бурдуков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 4–9.

82. Колесниченко, О.В. Зарубежный опыт применения специальных систем возмещения вреда, причиненного здоровью в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (на примере Германии и Великобритании), и перспективы его заимствования в российских условиях / О.В. Колесниченко // Право и политика. – 2020. – № 8. – С. 18–32.

83. Колесниченко, О.В. Правовое обеспечение и условия возмещения вреда, причиненного здоровью в результате несчастных случаев на производстве

и профессиональных заболеваний, в России и США: сравнительное исследование / О.В. Колесниченко // *Lex Russica (Русский закон)*. – 2020. – № 11. – С. 139–147.

84. Колодезникова, И.В. Особенности функционирования систем социального страхования России и Германии: Социологический анализ / И.В. Колодезникова, Р.В. Кондауров, Д.В. Галицкая // *Вестник Московского университета*. – 2019. – № 2 (25). – С. 93–115.

85. Кольцов, Е.Г. Дело «Цакоевы против Российской Федерации» / Е.Г. Кольцов // *Российская хроника европейского суда*. – № 4 (52). – 2019. – С. 42–60.

86. Комащенко, В.И. Аспекты влияния горного производства на экологию и состояние здоровья населения / В.И. Комащенко, В.И. Голик, Е.Е. Ачкасов. – Москва: Книжный дом «Университет», 2020. – 357 с.

87. Конвенция № 102 Международной организации труда «О минимальных нормах социального обеспечения» (Вместе с «Международной стандартной промышленной классификацией всех отраслей хозяйственной деятельности»), заключена в г. Женеве 28.06.1952 // Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919–1956. – Т. I. – Женева: Международное бюро труда, 1991. – С. 1055–1086.

88. Конвенция № 121 Международной организации труда «О пособиях в случае производственного травматизма» (Вместе с «Перечнем профессиональных заболеваний», «Периодическими выплатами типовым получателям» и «Международной стандартной промышленной классификацией всех отраслей хозяйственной деятельности»), заключена в г. Женеве 08.07.1964 // Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957–1990. – Т. II. – Женева: Международное бюро труда, 1991. – С. 1406–1423.

89. Конституция Российской Федерации: офиц. текст. – Москва: Маркетинг, 2001. – 39 с.

90. Королёв, С.В. Изменение качества жизни рабочих в результате реализации здоровьесохраняющих технологий / С.В. Королёв, А.Ж. Степанян, В.О. Гурдус. – Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения.

– 2014. – № 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/576/30/lang,ru/> (дата обращения: 17.01.2022).

91. Костыря, Ю.С. Функционирование системы социальной защиты работников, пострадавших на производстве / Ю.С. Костыря // Проблемные вопросы экономической безопасности России: сборник статей Международной научно-практической конференции (г. Москва, 28 января 2020 г.). – Москв: ИП Черняева Ю.И., 2020. – С. 85–87.

92. Костюкова, Е.А. Кадровый потенциал аграрного сектора экономики Ставропольского края: закономерности и перспективы развития / Е.А. Костюкова, А.Н. Герасимов, А.Н. Бобрышев // Экономический анализ: теория и практика. – 2017. – № 16 (4). – С. 649–664.

93. Кузнецов, В.П. Оценка эффективности комплексной реабилитации пострадавших на производстве / В.П. Кузнецов, А.В. Свищев // Современные научные исследования и разработки. – 2016. – № 7. – С. 417–419.

94. Куклина, Т.В. Модели страхования профессиональных рисков в зарубежных странах / Т.В. Куклина // Вопросы инновационной экономики. – 2020. – Т. 2, № 10. – С. 721–736.

95. Куренкова, Д.А. Обязательное социальное страхование, как основной механизм обеспечения социальных гарантий для пострадавших на производстве / Д.А. Куренкова // Образование и наука в России и за рубежом. – 2019. – № 2. – С. 258–262.

96. Лаврова, Д.И. Современные проблемы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве / Д.И. Лаврова, А.В. Ан, Н.И. Пустотин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 3. – С. 5–7.

97. Лаптева, С.Б. Структура профессиональной заболеваемости в Российской Федерации и её субъектах за период 2014–2015 гг. / С.Б. Лаптева, О.А. Нечаева // Science Time. – 2015. – № 11 (23). – С. 307–3011.

98. Ласточкина, Е.О. Система возмещения вреда, причиненного работнику при исполнении трудовых обязанностей в Германии / Е.О. Ласточкина // Наука через призму времени. – 2017. – № 9. – С. 206–208.

99. Латыпов, М.М. Профилактика производственного травматизма в системе обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / М.М. Латыпов // Медицина труда и экология человека. – 2016. – № 4. – С. 30–37;

100. Лобанов, С.Н. Социальное страхование и его роль в реабилитационной помощи (история вопроса) / С.Н. Лобанов // Социология власти. – 2004. – № 4. – С. 129–146.

101. Маев, Э.З. Медико-социальная помощь лицам, пострадавшим на производстве, и имеющим профессиональные заболевания / Э.З. Маев // Медицинский вестник МВД. – 2019. – № 3 (100). – С.9–15.

102. Маклашов, А.В. Проблемы развития трудового законодательства Аргентины: автореферат дис. ... кандидата юр. наук / Маклашов Алексей Венедиктович. – Москва, 1975. – 25 с.

103. Масленникова, А.Ю. Цифровая экономика как драйвер развития моногородов Свердловской области / А.Ю. Масленникова, Ю.С. Катвицкая // Аграрный вестник Урала. – 2019. – № 9 (188). – С. 81–90.

104. Медико-социальная экспертиза, медицинская реабилитация и качество оказания медицинской помощи в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития / В.Б. Смычек, Д.С. Казакевич, А.В. Копытюк, В.В. Голикова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – № 2 (95). – С. 4–11.

105. Медико-социальное обеспечение пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний / М.А. Севастьянов, О.Н. Владимирова, Н.Л. Шапорова, О.В. Дудина, И.А. Божков // Российский семейный врач. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 44–48.

106. Межстрановой анализ: какие меры принимаются странами в поддержку психического здоровья и благополучия работников здравоохранения?

– Текст: электронный // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – 08.06.2020. – URL: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/ru/2020/06/08/test-ru/> (дата обращения: 16.01.2022).

107. Методические основы установления степени утраты профессиональной трудоспособности медицинским работникам по последствиям коронавирусной инфекции / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, О.В. Владимирова, С.А. Бондарев, А.В. Дидилев, Г.Н. Пономаренко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 3. – С. 89–97.

108. Методы управления процессом реабилитации пострадавших на производстве / М.В. Коробов, М.А. Севастьянов, О.Н. Владимирова, А.Н. Сарана // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 3. – С. 2–7.

109. Модель эффективного управления качеством услуг комплексной реабилитации лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности в нестационарной форме в условиях многофункционального учреждения для инвалидов (производственная адаптация). Проект «Планируй, делай, проверяй и действуй» / Б.А. Сырникова, Т.Н. Семенова, И.З. Кобзарь, Е.Е. Ачкасов, Г.Э. Погосян // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – Т. 21, № 1–2. – С. 39–43.

110. Мозайло, Г.В. Анализ инвалидности вследствие профессиональных заболеваний в Республике Марий Эл / Г.В. Мозайло, О.В. Федорин, Г.Г. Ильиных // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 3. – С. 63–65.

111. Мыльникова, Л.А. Расследование несчастного случая на производстве и качество медицинской помощи пострадавшим / Л.А. Мыльникова // Врач. – 2020. – Т. 31, № 4. – С. 53–58.

112. Научное обоснование модернизации организации работы страховщика в части реабилитации застрахованных лиц, пострадавших на производстве / А.В. Дидилев, И.С. Храмов, О.В. Рукодайнй, О.Т. Богова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной

экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 2. – С.12–18.

113. Научное обоснование необходимости разработки новой формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания / А.В. Дидилев, О.Т. Богова, О.В. Рукодачный, В.Н. Потапов, К.С. Саблин, И.Г. Галь, И. Гулуа // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2016. – № 3. – С.23–33.

114. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, С.В. Малькова, С.В. Галаудина, Е.Е. Ачкасов, С.Н. Пузин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 18–29.

115. Некоторые особенности медицинской реабилитации участников боевых действий на современном этапе / В.Н. Петрова, С.Н. Пузин, Е.Е. Ачкасов, В.В. Ким, Н.М. Тихановская, А.Н. Серeda // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 1. – С. 7–15.

116. Новые подходы к определению степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (обзор нормативных правовых документов) / М.А. Севастьянов, С.А. Бондарев, Г.О. Пенина, И.В. Деденева, И.А. Чистякова, И.А. Божков, О.В. Владимирова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 3. – С. 55–62.

117. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н. – Текст : электронный // Официальный сайт Минтруда России.

– URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/1386> (дата обращения: 16.01.2022).

118. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 // Собрание законодательства РФ. – 2019. – № 23. – Ст. 2927.

119. Опыт реализации межведомственного взаимодействия по вопросам сопровождаемого трудоустройства в Кемеровской области – Кузбассе / И.В. Ремнева, Л.Г. Рогова, О.Н. Гаврилюк, Л.А. Мохонько, Е.В. Родыгина // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2020. – № 3. – С. 69–73.

120. Организация медико-социальной экспертизы: история и современность: учебно-методическое пособие / Н.Н. Соловьева, В.И. Горбунов, Н.Н. Мурыванова, Г.В. Возженникова, И.Н. Исаева, Н.К. Агафонова, С.В. Камардин. – Ульяновск: Ульяновский государственный университет, 2020. – 82 с.

121. Отечественная система обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / И.Г. Барановский, О.В. Измайлова, В.В. Субботин, В.В. Ткачев // Безопасность труда в промышленности. – 2003. – № 11. – С. 27–31.

122. Оценки экономического ущерба от несчастных случаев на производстве и стоимости воспроизводства рабочей силы / Э.М. Соколов, Л.Э. Шейнкман, Н.А. Лунин [и др.] // Международная торговля и торговая политика. – 2006. – № 4. – С. 48–57.

123. Павлов, В.Л. Страхование от несчастных случаев на железнодорожном транспорте. Какие риски попадают под страховку? / В.Л. Павлов, М.Г. Рублёв // Научные проблемы транспорта Сибири и Дальнего Востока. – 2017. – № 3–4. – С. 45–49.

124. Панина, И.А. Медико-социальные проблемы заболеваемости, инвалидности и реабилитации при профессиональных заболеваниях: автореферат дис. ... кандидата мед. наук: 14.00.33 / Панина Ирина Анатольевна. – Москва, 2002. – 28 с.

125. Письмо Минтруда России № 15-3/10/П-4559, Минздрава России № 28-0/И/2-6772 от 19.05.2020 «Об организации расследования страховых случаев причинения вреда здоровью медицинских работников, непосредственно работающих с пациентами, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и пациентами с подозрением на эту инфекцию». – Текст: электронный // Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74602982/> (дата обращения: 16.01.2022).

126. Показатели профессиональной заболеваемости в Российской Федерации с 1998 по 2014 год / И.В. Яцына, А.Ю. Попова, Л.М. Сааркопель, П.В. Серебряков, И.Н. Федина // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 10. – С. 1–4.

127. Попова, А.Ю. Состояние условий труда и профессиональная заболеваемость в Российской Федерации / А.Ю. Попова // Медицина труда и экология человека. – 2015. – № 3. – С. 7–13.

128. Постановление Минтруда России от 18.07.2001 № 56 «Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания» // Российская газета. – 2001. – 29 августа.

129. Постановление Правительства РФ от 07.09.2012 № 891 «О порядке регистрации граждан в целях поиска подходящей работы, регистрации безработных граждан и требованиях к подбору подходящей работы» // Собрание законодательства РФ. – 17.09.2012. – № 38. – Ст. 5103.

130. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 298 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Содействие занятости населения» // Собрание законодательства РФ. – 05.05.2014. – № 18 (часть I). – Ст. 2147.

131. Постановление Правительства РФ от 15.12.2000 № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний» // Собрание законодательства РФ. – 25.12.2000. – № 52. – Ст. 5149.

132. Постановление Правительства РФ от 16.10.2000 № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // Собрание законодательства РФ. – 23.10.2000. – № 43. – Ст. 4247.

133. Постановление Правительства РФ от 20.02.2021 № 239 «Об утверждении Временного положения о расследовании страховых случаев причинения вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения, повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности, вызванных новой коронавирусной инфекцией, подтвержденной лабораторными методами исследования, а при невозможности их проведения – решением врачебной комиссии, принятым на основании результатов компьютерной томографии легких» // Собрание законодательства РФ. – 08.03.2021. – № 10. – Ст. 1588.

134. Постановление Правительства РФ от 30.05.2012 № 524 «Об утверждении Правил установления страхователям скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // Собрание законодательства РФ. – 04.06.2012. – № 23. – Ст. 3021.

135. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 324 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по труду и занятости» // Собрание законодательства РФ. – 12.07.2004. – № 28. – Ст. 2901.

136. Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 г. № 66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Собрание законодательства РФ. – 10.02.2020. – № 6. – Ст. 674.

137. Постановление Правительства РФ от 31.12.2008 № 1089 «О дополнительных мероприятиях, направленных на снижение напряженности на рынке труда субъектов Российской Федерации» (вместе с «Правилами предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию дополнительных мероприятий, направленных на снижение напряженности на рынке труда субъектов Российской Федерации») // Собрание законодательства РФ. – 12.01.2009. – № 2. – Ст. 266.

138. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». – Текст: электронный // Судебные и нормативные акты РФ. – URL: <https://sudact.ru/law/prikaz-minzdravsotsrazvitiia-rf-ot-12042011-n-302n/> (дата обращения: 16.01.2022).

139. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. – Текст: электронный // Официальный сайт Минздрава России. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7752-prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rossii-194n-ot-24-aprelya-2008-g> (дата обращения: 16.01.2022).

140. Приказ Минтруда России от 01.08.2012 № 39н «Об утверждении Методики расчета скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // Российская газета. – № 206. – 07.09.2012.

141. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». – Текст: электронный // Официальный интернет-портал правовой

информации.

–

URL:

<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201911190027?rangeSize=%D0%92%D1%81%D0%B5> (дата обращения: 16.01.2022).

142. Приказ ФСС РФ от 14.05.2019 № 252 «Об утверждении Административного регламента Фонда социального страхования Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по назначению обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая». – Текст: электронный // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201910080022> (дата обращения: 16.01.2022).

143. Применение инструментов международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитационной практике на модели пациентов с травматической болезнью спинного мозга / Е.М. Васильченко, В.В. Ляховецкая, К.К. Карапетян, Е.В. Филатов, Г.К. Золоев // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. – Т. 16, № 5. – С. 234–243.

144. Проблемы практического применения критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавших на производстве / М.А. Севастьянов, Г.О. Пенина, Л.А. Карасаева, И.В. Деденева, Н.П. Чистякова, И.А. Божков, В.С. Лучкевич // Таврический медико-биологический вестник. – 2020. – № 1. – С. 95–102.

145. Пузин, С.Н. Из истории государственной службы медико-социальной экспертизы в России / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, М.А. Шургая // История медицины. – № 4 (5). – С. 370–378.

146. Пузин, С.Н. Исторические этапы развития и становления службы медико-социальной экспертизы в России / С.Н. Пузин, Н.В. Дмитриева, С.Б.

Шевченко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 1 (20). – С. 50–54.

147. Пути оптимизации механизмов определения размеров вреда здоровью пострадавших от внешних воздействий / И.А. Божков, С.У. Дикаев, О.В. Владимирова, Г.О. Пенина, М.А. Севастьянов // Юридическая мысль. – 2017. – № 3 (101). – С. 74–79.

148. Распоряжение Правительства РФ от 15.05.2020 № 1272-р «Об утверждении Перечня заболеваний (синдромов) или осложнений, вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вызвавших причинение вреда здоровью отдельных категорий лиц, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 г. № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности» // Собрание законодательства РФ. – 25.05.2020. – № 21. – Ст. 3311.

149. Распоряжение Правительства РФ от 15.10.2012 № 1921-р «О комплексе мер, направленных на повышение эффективности реализации мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов и на обеспечение доступности профессионального образования» // Собрание законодательства РФ. – 22.10.2012. – № 43. – Ст. 5912.

150. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ. – 24.11.2008. – № 47. – Ст. 5489.

151. Распоряжение Правительства РФ от 25.12.2012 № 2524-р «Об утверждении Стратегии долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 31.12.2012. – № 53. – Ст. 80294.

152. Распоряжение Правительства РФ от 30.11.2010 № 2136-р «Об утверждении Концепции устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 30.11.2010. – № 48. – Ст. 7912.

Федерации на период до 2020 года» // Собрание законодательства РФ. – 13.12.2010. – № 50. – Ст. 6748.

153. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» // Собрание законодательства РФ. – 23.01.2006. – № 4. – Ст. 453.

154. Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с.

155. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / С.В. Шишкин, О.Ф. Панкратова, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина. – Москва: Изд. дом Высшей школы экономики. – 2019. – 96 с.

156. Рекомендация Rec(2006)5 Комитета Министров государствам-членам о Плане действий Совета Европы по содействию правам и полному участию инвалидов в обществе: улучшение качества жизни инвалидов в Европе, 2006–2015 годы : утверждена Комитетом Министров 5 апреля 2006 года на 961-м заседании постоянных представителей министров. – Текст: электронный // Официальный сайт Московской городской организации Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов». – URL: <http://mgo-voi.ru/law/rights/943/> (дата обращения: 16.01.2022).

157. Розенфельд, Е.А. Проблемы статистического учёта несчастных случаев на производстве в России / Е.А.Розенфельд // Безопасность и охрана труда. – 2020. – № 3. – С. 36–41.

158. Роль учреждений медико-социальной экспертизы в организации страхового обеспечения и реабилитации пострадавших на производстве / И.А. Божков, О.В. Владимирова, М.В. Коробов, М.А. Севастьянов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 1. – С. 11–18.

159. Российская энциклопедия по охране труда / под ред. В.К. Варова [и др.]. – Москва: НЦ ЭНАС. – 2007. – 485 с.

160. Рубанцова, С.В. Основные гарантии и компенсации при наступлении несчастного случая на производстве / С.В. Рубанцова // Вестник магистратуры. – 2017. – № 1–1 (64). – С.127–129.

161. Сабанов, З.М. Правовые основы социальной защиты лиц, получивших повреждение здоровья в результате несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний / З.М. Сабанов // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – № 3 (16). – С. 344–348.

162. Сабанов, З.М. Социальная защита лиц, получивших повреждение здоровья в результате несчастного случая на производстве / З.М. Сабанов // News of Science and Education. – 2016. – Т. 6. – С. 62–66.

163. Свердловская область в 2015–2019 годах: статистический сборник / Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области. – Екатеринбург, 2020. – 234 с.

164. Свищев, А.В. Комплексная реабилитация пострадавших на производстве, как жизненная необходимость / А.В. Свищев, В.П. Кузнецов // Высшая школа. – 2016. – Т. 1, № 22. – С. 87–88.

165. Связь заболевания новой коронавирусной инфекцией с профессией, медико-социальная экспертиза и реабилитация пострадавших на производстве / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, С.А. Бондарев, О.Н. Владимирова, А.В. Дидилев, Г.Н. Пономаренко // Медицинская наука и образование Урала. – 2020. – Т. 21, № 3 (103). – С. 109–115.

166. Севастьянов, М.А. Оценка экономической эффективности реабилитационных мероприятий в профпатологии / М.А. Севастьянов, Л.А. Меркурьева, И.А. Божков // Совершенствование экспертизы временной нетрудоспособности. Роль восстановительного лечения в снижении нетрудоспособности и реабилитации инвалидов: сборник материалов научно-практической конференции, под. ред. К.И. Шапиро. – Санкт-Петербург: Феникс, 2004. – С. 34–37.

167. Сибогатулина, Н.Ю. Комплексный анализ инвалидности вследствие несчастных случаев на производстве и разработка предложений по

совершенствованию реабилитации пострадавших: автореферат дис. ... кандидата мед. наук: 14.02.06 / Сибогатулина Наталья Юрьевна. – Санкт-Петербург, 2014. – 29 с.

168. Система комплексной восстановительной реабилитации пострадавших после несчастных случаев на производстве в Астраханской области / И.А. Брынцева, С.А. Тимошин, М.А. Самотруева, А.А. Цибизова // Астраханский медицинский журнал. – 2016. – № 3. – С. 136–145.

169. Сквирская, Г.П. Медико-организационные аспекты совершенствования охраны здоровья работающих и развития профпатологической службы в стране в современных экономических условиях: автореферат дис. ... доктора мед. наук: 14.00.50 / Сквирская Галина Петровна. – Москва, 2001. – 48 с.

170. Смычек, В.Б. Реабилитация и экспертиза в Республике Беларусь: современное состояние и перспективы / В.Б. Смычек // Физическая и реабилитационная медицина. – 2019. – № 3 (1). – С. 5–13.

171. Смычек, В.Б. Современные аспекты инвалидности / В.Б. Смычек. – Минск: БГАТУ, 2012. – 264 с.

172. Современные подходы к разработке трудовых рекомендаций в индивидуальной программе реабилитации инвалида в системе медико-социальной экспертизы: методическое пособие / Е.М. Старобина [и др.]. – Москва: Минтруд России, 2014. – 63 с.

173. Соколова, Г.В. Теория стейкхолдеров и определение вектора стратегических изменений компании – опыт практических занятий по дисциплине «Маркетинг-Менеджмент» / Г.В. Соколова // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 47–2. – С. 19–23.

174. Сопровождаемое трудоустройство инвалидов и лиц с ОВЗ / К.Г. Багдуева, Д.П. Гаджиева, С.С. Гасанова, Т.Г. Гаджимагомедова // Успехи современной науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 17–20.

175. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2010. – 1032 с.
176. Статистика медико-социальной экспертизы: учебно-методическое пособие / Коробов М.В. – 4-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург: СПБИУВЭК, 2015. – 115 с.
177. Статистический ежегодник. Ставропольский край. 2020: стат. сб. / Северо-Кавказстат. – Ставрополь, 2020. – 124 с.
178. Степанова, Т.А. Анализ первичной инвалидности вследствие производственных травм в Чувашской республике в динамике за 2012–2014 гг. / Т.А. Степанова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2015. – № 4. – С. 102–106.
179. Страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний / ГТПДТ и Бюро МОТ для стран Восточной Европы и Центральной Азии. – Москва: МОТ, 2010. – 20 с.
180. Суменкова, Л.А. Социальная страховая защита трудовой деятельности на производствах Сибири: Социально-экономический подход / Л.А. Суменкова // Теория и практика общественного развития. – 2019. – № 11 (141). – С. 42–45.
181. Сытин, Л.В. Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов от трудового увечья в Кузбассе / Л.В. Сытин, М.Г. Жестикова // Политравма. – 2014. – № 3. – С. 83–87.
182. Таблицы из бюллетеня «Производственный травматизм в Российской Федерации в 2017 году». – Текст: электронный // Официальный сайт Росстата. – URL: https://www.gks.ru/working_conditions (дата обращения: 16.01.2022).
183. Тарасова, О.Е. Законодательство, регулирующее компенсации работникам, пострадавшим на производстве в первые годы советской власти / О.Е. Тарасова, О.Н. Торокова // Эволюция государственно-правовых систем: материалы X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (г. Абакан, 20 ноября 2020 г.). – Абакан: Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, 2020. – С. 156–158.

184. Татаренко, В.И. О статистической модели численности пострадавших от несчастных случаев на производстве / В.И. Татаренко, О.В. Усикова // Вестник НГУЭУ. – 2015. – № 1. – С. 148–155.

185. Тимонина, И.А. Оценка результатов функционирования экономики Ставропольского края в системе ВТО / И.А. Тимонина, В.В. Ланг // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2017. – № 1 (58). – С. 95–98.

186. Тихонова, Г.И. Многолетний анализ особенностей учета несчастных случаев на производстве в России / Г.И. Тихонова, А.Н. Чуранова // Демографическое обозрение. – 2019. – № 2. – С. 142–164.

187. Тихонова, Г.И. Производственный травматизм как проблема социально-трудовых отношений в России / Г.И. Тихонова, А.Н. Чуранова, Т.Ю. Горчакова // Проблемы прогнозирования. – 2012. – № 3. – С. 103–116.

188. Томина, Е.И. Возможность восстановительного лечения пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве в ЦР «Тараскуль» / Е.И. Томина, А.А. Андреев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93, № 2–2. – С. 162–163.

189. Указ Президента РФ от 06.05.2020 № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» // Собрание законодательства РФ. – 11.05.2020. – № 19. – Ст. 2977.

190. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О.Н. Владимирова, А.В. Шошмин, С.В. Малькова, В.В. Лорер, Е.Е. Ачкасов, С.Н. Пузин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 30–42.

191. Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» // Собрание законодательства РФ. – 19.07.1999. – № 29. – Ст. 3686.

192. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 28.11.2011. – № 48. – Ст. 6724.

193. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» // Собрание законодательства РФ. – 03.08.1998. – № 31. – Ст. 3803.

194. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Российская газета. – 1995. – 2 декабря.

195. Федина, И.Н., Особенности снижения слуха, вызванного воздействием шума в современных условиях / И.Н. Федина, Е.А. Преображенская // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 9. – С. 200–201.

196. Фомина, Е.Е. Факторы оценки степени вины пострадавшего при несчастном случае на производстве / Е.Е. Фомина, Е.В. Глебова // Безопасность труда в промышленности. – 2020. – № 11. – С. 37–43.

197. Ханченков, Н.С. Социальное страхование за возвращение к труду пострадавших на производстве, повышение их социального статуса и улучшение качества жизни / Н.С. Ханченков // Медицина в Кузбассе. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 31–35.

198. Чекалина, И.В. Снижение производственного травматизма, как условие повышения уровня жизни населения / И.В. Чекалина // Экономика регионов: источники роста : Всероссийская научно-практическая конференция : сборник научных статей (г. Курск, 19 ноября 2020 г.). – Курск : КГУ, 2020. – С. 243–347.

199. Чупрова, Е.В. О некоторых проблемах достижения социальной справедливости в законодательстве о страховом обеспечении пострадавших на производстве и членов их семей / Е.В. Чупрова // Принципы социальной справедливости и их реализация в современном мире : материалы международной научно-практической конференции (г. Москва, 20 февраля 2019 г.). – Москва: МГУ, 2020. – С. 100–106.

200. Чуранова, А.Н. Научно-методическое обоснование оценки профессионального риска по показателям производственного травматизма: автореферат. дис. ... кандидата биолог. наук: 14.02.04 / Чуранова Анастасия Николаевна. – Москва, 2013. – 24 с.

201. Шкерин, В.А. «Мы, верноподданные ведения горного мастерские рабочие люди»: социальное самосознание уральских рабочих первой половины XIX в. / В.А. Шкерин // Уральский исторический вестник. – 2013. – № 2 (39). – С. 73–80.

202. Шкодинский, С.В. Развитие страхового обеспечения русских рабочих от потери трудоспособности в конце XIX – начале XX века / С.В. Шкодинский. В.В. Волков, О.С. Марютина // Вестник Московского государственного областного университета. – 2019. – № 4. – С. 19–30.

203. Щукин, О.Л. Экспертиза временной нетрудоспособности / О.Л. Щукин, Б.В. Казарин, С.И. Рисованный. – Москва: Издательский дом Академии естествознания, 2016. – 160 с.

204. Экономическая стоимость инвалидизации и реабилитации лиц, пострадавших в результате производственного травматизма / М.В. Коробов, Л.А. Карасаева, И.В. Деденева и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 2. – С. 39–41.

205. Юрьева, Т.В. Социальная экономика: учебник для студ. вузов, спец. / Т.В. Юрьева. – Москва: Дрофа, 2001. – 352 с.

206. Ярилова, И.Ю. Психологическая реабилитация пострадавших при несчастных случаях на производстве / И.Ю. Ярилова, Н.Ю. Рассказова // Психотерапия и реабилитация. – 2019. – № 4. – С.20–21.

207. A Descriptive Study of the Implementation of Remote Occupational Rehabilitation Services Due to the COVID-19 Pandemic Within a Workers' Compensation Context / D.P. Gross, A. Asante, J. Pawluk, R. Niemeläinen // Journal of Occupational Rehabilitation. – 2020. – Vol. 28. – P. 1–10.

208. Abbas, M. Epidemiology of occupational injuries among insured workers in Saudi Arabia between 2004 and 2016 / M. Abbas, R. Saeed, Zaki-Ul-Zaman Asam // *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*. – 2021. – Vol. 72 (1). – P. 42–52.
209. Actuarial tables with explanatory notes for use in personal injury and fatal accidents / Edited by R. de Wilde. – 6-th edition. – London: TSO, 2007. – P. 5–30.
210. Alabama Code. Title 25. Industrial relations and labor // *Justia US Law*. – URL: <https://law.justia.com/codes/alabama/2020/title-25/> (accessed: 16.01.2022).
211. Appraisal of Washington State workers' compensation-based return-to-work programs and suggested system improvements: A survey of workers with permanent impairments / J.M. Sears, A.T. Edmonds, E. MacEachen, D. Fulton-Kehoe // *American Journal Industrial Medicine*. – 2021. – Vol. 64 (11). – P. 924–940.
212. Asfaw, A. The business cycle and the incidence of workplace injuries: Evidence from the USA / A. Asfaw, R. Pana-Cryan, R. Rosa // *Journal of Safety Research*. – 2011. – Vol. 42 (1). – P. 1–8.
213. Association between workers' compensation claim processing times and work disability duration: Analysis of population level claims data / Sh.E. Gray, T.J. Lane, L. Sheehan, A. Collie // *Health Policy*. – 2019. – Vol. 123 (10). – P. 982–991.
214. Bae, S.W. Effect of professional certification on employees' return-to-work rate after occupational injuries in Korea: Focusing on vulnerable groups / S.W. Bae // *Environmental Health and Preventive Medicine*. – 2021. – Vol. 26 (1). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7802128/> (accessed: 16.01.2022).
215. Brucella Laboratory Exposures in Brazil: Rare or Unnoticed? / F.F. Tuon, J.C. Cequinel, K. da Silva Nogueira, G.N. Becker // *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. – 2020. – Vol. 103 (6). – P. 2528–2529.
216. Bulat, P. Occupational health and safety in agriculture: Situation and priorities at the beginning of the third millennium / P. Bulat, C. Somaruga, C. Colosio // *La Medicina del Lavoro*. – 2006. – Vol. 97. – P. 420–429.
217. California Labor Code — LAB § 5400 // California Department of Industrial Relations. – URL: https://www.dir.ca.gov/dlse/Garment-Rules_and_Regulations.pdf (accessed: 16.01.2022).

218. Can Cross Country Differences in Return-to-Work after Chronic Occupational Back Pain be Explained? An Exploratory Analysis on Disability Policies in a Six Country Cohort Study / J.R. Anema, A.J.M. Schellar, J.D. Cassidy, P. Loisel, T.J. Veerman, A.J. van der Beek // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2009. – Vol. 4. – P. 419–426.

219. Casals, M.M. Compensation for Personal injury in Spain / M.M. Casals, J. Ribot, J.S. Feliu // *Compensation for Personal injury in comparative perspective* / Edited by B.H. Koch, H. Koziol, L. Bloch. – Vienna Springer, 2003. – P. 238.

220. Chang, D.S. Investigating the long-term change of injury pattern on severity, accident types and sources of injury in Taiwan's manufacturing sector between 1996 and 2012 / D.S. Chang, Y.C. Tsai // *Safety Science*. – 2014. – Vol. 68. – P. 231–242.

221. Chayon, H. Страхование и компенсация за профессиональный ущерб в Израиле / Chayon H. – Текст: электронный // base.safework.ru. – URL: <http://base.safework.ru/iloenc?print&nd=857400070&spack=000LogLength%3D0%26LogNumDoc%3D857000798%26listid%3D010000000200%26listpos%3D0%26lsz%3D1%26nd%3D857000798%26nh%3D2%26> (accessed: 16.01.2022).

222. Chen, Y. Singapore workplace safety and health research agenda: Research-to-practice / Y. Chen, S. Tan, S. Lim // *Journal of Safety, Health and Environmental Research*. – 2012. – Vol. 8 (1). – P. 27–32.

223. Cohort profile: The Ontario Life After Workplace Injury Study (OLAWIS) / C. Mustard, V. Nadalin, N. Carnide, E. Tompa, P. Smith // *BMJ Open*. – 2021. – Vol. 11 (9). – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/9/e048143.full.pdf> (accessed: 15.01.2022).

224. Compensation Mechanisms for Lost Productivity: A Comparison between Four European Countries / S. Knies, A. Boonen, M.J.J.M. Candel, S.M.A.A. Evers, J.L. Severens // *Value in Health*. – 2013. – Vol. 16 (5). – P. 740–744.

225. Cousy, H. Compensation for Personal injury in Belgium / H. Cousy, D. Droshout // *Compensation for Personal injury in comparative perspective* / Edited by B.H. Koch, H. Koziol, L. Bloch. – Vienna Springer, 2003. – P. 37.

226. Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability, and health (ICF) / R. Escorpizo, J. Ekholm, H.-P. Gmünder, A. Cieza, N. Kostanjsek, G. Stucki // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2010. – Vol. 20 (4). – P. 502–511.

227. Developing a scale for stakeholder orientation / O.H.M. Yau, R.P.M. Chow, L.Y. Sin, A.C. Tse, C.K. Luk, J.S.Y. Lee // *European Journal of Marketing*. – 2007. – Vol. 41. – P. 1306–1320.

228. Diabetes and risk of occupational injury: A cohort study / A. Kouvonen, M. Kivimäki, J. Pentti, V. Aalto, T. Oksanen, M. Virtanen, J. Vahtera // *Diabetic Medicine*. – 2017. – Vol. 34 (11). – P. 1629–1636.

229. Do outcomes differ between work and non-work-related injury in a universal injury compensation system? Findings from the New Zealand Prospective Outcomes of Injury Study / R. Lilley, G. Davie, J. Langley, Sh. Ameratunga, S. Derrett // *BMC Public Health*. – 2013. – Vol. 13. – URL: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-995> (accessed: 16.01.2022).

230. Does the Length of Disability between Injury and Functional Restoration Program Entry Affect Treatment Outcomes for Patients with Chronic Disabling Occupational Musculoskeletal Disorders? / S. Asih, R. Neblett, T.G. Mayer, R.J. Gatchel // *Journal Occupational Rehabilitation*. – 2018. – Vol. 28 (1). – P. 57–67.

231. Donald, E.Sh. Workplace Disability Management: International Trends and Perspectives / E.Sh. Donald, C.H. Norman // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – March, 1999. – Vol. 9. – Issue 1. – P. 45–59.

232. Echeverri, M.T.B. Work-related illness, work-related accidents, and lack of social security in Colombia / M.T.B. Echeverri, C.E. Abadía-Barrero, C.G. Palacios // *Social Science Medicine*. – 2017. – Vol. 187. – P. 118–125.

233. Effects of Ergomotor Intervention on Improving Occupational Health in Workers with Work-Related Neck-Shoulder Pain / B.C.L. So, G.P.Y. Szeto, R.W.L. Lau, Jie Dai, Sh.M.H. Tsang // *International Journal of Environmental Research and*

Public Health. – 2019. – Vol. 16 (24). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6950071/> (accessed: 15.01.2022)

234. El-Menyar, A. Occupational injuries in workers from different ethnicities / A. El-Menyar, A. Mekkodathil, H. Al-Thani // *International Journal of Critical Illness and Injury Science.* – 2016. – Vol. 6 (1). – P. 25–32.

235. Enabling Work: Occupational Therapy Interventions for Persons with Occupational Injuries and Diseases: A Scoping Review / A.J.T. Blas, K.M.B. Beltran, P.G.V. Martinez, D.P.G. Yao // *Journal of Occupational Rehabilitation.* – 2018. – Vol. 28 (2). – P.201–214.

236. Entry into vocational rehabilitation program following work-related hand injury: Potential candidates / Yueh-Hsia Chen, Chung-Yin Hsu, Shwu-Huei Lien, Shu-Jung Yu, Jen-Mu Chang, Shanq-Wen Su, Yuan-Hung Chao // *International Journal of Occupational Medical and Environmental Health.* – 2016. – Vol. 29 (1). – P. 101–111.

237. Evaluation of medical insurance consultant reports within the German Statutory Accident Insurance – Methodology and results of a peer review procedure / D. Szcotkowski, C. Neik, U. Polak, M. Wittwer, T. Kohlmann // *Unfallchirurg.* – 2021. – Vol. 124 (1). – P. 48–58.

238. Factors Associated with Employer Support for Injured Workers During a Workers' Compensation Claim / L.R. Sheehan, T.J. Lane, Sh.E. Gray, A. Collie // *Journal of Occupation Rehabilitation.* – 2019. – Vol. 29 (4). – P. 718–727.

239. Factors associated with unsuccessful return-to-work following work-related upper extremity injury / H.P. von Schroeder, C.R. Xue, A. Yak, R. Gandhi // *Occupational Medicine (London).* – 2020. – Vol. 70 (6). – P. 434–438.

240. Factors related to the physician and the employer influencing successful return to work in Korea: Results from the first panel study of workers' compensation insurance (PSWCI) / Wanhyung Lee, Jin-Ha Yoon, Jaehoon Roh, Yeong-Kwang Kim, Hongdeok Seok, June-Hee Lee, Jong-Uk Won // *Annals of Occupational and Environmental Medicine.* – 2015. – Vol. 27. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26693027/> (accessed: 15.01.2022).

241. Fahlbusch, L. Video Consultation Hours in the Statutory Accident Insurance – Application Possibilities and Economic Evaluation / L. Fahlbusch, J. Achenbach, F.R. Hoffmann // *Gesundheitswesen*. – 2021. – Vol. 83 (10). – P. 867–870.

242. Fraade-Blanar, L. Relating older workers' injuries to the mismatch between physical ability and job demands / L. Fraade-Blanar, J.M. Sears, K.C. Chan // *Journal Occupational Environmental Medicine*. – 2017. – Vol. 59 (2). – P. 212–221.

243. Freeman, R.E. Strategic Management: A Stakeholder Approach / R.E. Freeman. – 1984. – DOI:10.1017/CBO9781139192675.003.

244. Gao, J. Comparison of Evaluation Results of Different Disability Standards of Long Bone Fracture / J. Gao, Z.Y. Pei, X.M. Lu // *Fa Yi Xue Za Zhi*. – 2019. – Vol. 35 (2). – P. 234–239.

245. Gerbo, R.M. Diabetes in the Workplace: The Hazards of Hypoglycemia / R.M. Gerbo, Chuan Fang Jin, K. Clark // *Current Diabetes Reports*. – 2019. – Vol. 19 (11). – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31686223/> (accessed: 15.01.2022).

246. Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012 / J. Takala, P. Hämmäläinen, K.L. Saarela, L.Y. Yun, K. Manickam, T.W. Jin, P. Heng, C. Tjong, L.G. Kheng, S. Lim, G.S. Lin // *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*. – 2014. – Vol. 11 (5). – P. 326–337.

247. Gold, L.H. The Maze of Disability Benefit Programs: Social Security Disability, Workers' Compensation, and Private Disability Insurance. Evaluating Mental Health Disability in the Workplace / L.H. Gold, D.W. Shuman. – 20 May 2009. – P. 163–208. – DOI:10.1007/978-1-4419-0152-1_7.

248. Guidelines for Determining Permanent Impairment and Loss of Wage Earning Capacity // New York State Workers' Compensation Board. – URL: <http://www.wcb.ny.gov/content/main/hcpp/ImpairmentGuidelines/ImpGuideOverview.jsp> (accessed: 16.01.2022).

249. Hämmäläinen, P. Global estimates of occupational accidents / P. Hämmäläinen, J. Takala, K.L. Saarela // *Safety Science*. – 2006. – Vol. 44. – P. 137–156.

250. Hämmäläinen, P. Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level /

P. Hämäläinen, K.L. Saarela, J. Takala // *Journal of Safety Research*. – 2009. – Vol. 40 (2). – P. 125–139.

251. Harrison, J.S. Managing for stakeholders, stakeholder utility functions & competitive advantage / J.S. Harrison, D.A. Bosse, R.A. Phillips // *Strategic Management Journal*. – 2010. – Vol. 36. – P. 58–74.

252. Hospital Qualities Related to Return to Work from Occupational Injury after Controlling for Injury Severity as Well as Occupational Characteristics / Jong-Uk Won, Hongdeok Seok, Jeongbae Rhie, Jin-Ha Yoon // *Journal of Korean Medical Science*. – 2016. – Vol. 31 (5). – P. 695–701.

253. Hudon, A. Physiotherapy for injured workers in Canada: Are insurers' and clinics' policies threatening good quality and equity of care? Results of a qualitative study / A. Hudon, M. Hunt, D.E. Feldman // *BMC Health Services Research*. – 2018. – Vol. 18. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122715/> (accessed: 16.01.2022).

254. ICF Core Set for vocational rehabilitation: Results of an international consensus conference / M.E. Finger, R. Escorpizo, A. Glässel, H.-P. Gmünder, M. Lückenkemper, Ch. Chan, J. Fritz, U. Studer, J. Ekholm, N. Kostanjsek, G. Stucki, A. Cieza // *Disability and Rehabilitation*. – 2012. – Vol. 34 (5). – P. 429–438.

255. ILO calls for urgent global action to fight occupational diseases // International Labour Organization. – 2013. – April, 26. – URL: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_211627/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_211627/lang-en/index.htm) (accessed: 15.01.2022).

256. Injured worker experiences of insurance claim processes and return to work: A national, cross-sectional study / A. Collie, L. Sheehan, T.J. Lane, Sh. Gray, G. Grant // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19 (1). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6621963/> (accessed: 16.01.2022).

257. Injuries, Illnesses, and Fatalities // Bureau of Labor Statistics (BLS). – URL: <https://www.bls.gov/iif/home.htm> (accessed: 24.09.2021).

258. Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: A systematic review of qualitative research literature / E.

Kilgour, A. Kosny, D. McKenzie, A. Collie // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2015. – Vol. 25 (1). – P.160–181.

259. Interventions to prevent injuries in construction workers / H.F. van der Molen, P. Basnet, P.L.T. Hoonakker, M.M. Lehtola, J. Lappalainen, M.H.W. Frings-Dresen, R. Haslam, J.H. Verbeek // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2018. – Vol. 2. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491133/> (accessed: 15.01.2022).

260. Johansson, M.K. Return to work and sick leave patterns following a work injury among young adults: A study protocol of a Swedish multimodal study / M.K. Johansson, M. Hasselberg, R. Rissanen // *BMJ Open*. – 2021. – Vol. 11 (6). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8173283/> (accessed: 15.01.2022).

261. Kansas Revised Statutes. Section 44–501 // Kansas Legislative Administrative Services. – URL: http://www.kslegislature.org/li_2014/b2013_14/statute/044_000_0000_chapter/044_005_0000_article/044_005_0001_section/044_005_0001_k/ (accessed: 16.01.2022).

262. Khorshidi, H.A. Predictors of Return to Work for Occupational Rehabilitation Users in Work-Related Injury Insurance Claims: Insights from Mental Health / H.A. Khorshidi, M. Marembo, U. Aickelin // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 29 (4). – P. 740–753.

263. Kim, D.K. Business Cycle and Occupational Accidents in Korea / D.K. Kim, S. Park // *Saf Health Work*. – 2020. – Vol. 11 (3). – P. 314–321.

264. Knowledge of Brucellosis, Health-Seeking Behaviour, and Risk Factors for Brucella Infection amongst Workers on Cattle Farms in Gauteng, South Africa / K. Govindasamy, E.M.C. Etter, B.N. Harris, J. Rossouw, D.A. Abernethy, P.N. Thompson // *Pathogens*. – 2021. – Vol. 10 (11). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8620615/> (accessed: 15.01.2022).

265. Kulmala, J. Able or unable to work? Life trajectory after severe occupational injury / J. Kulmala, A. Luoma, L. Koskinen // *Disability and Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 41 (18). – P. 2192–2198.

266. Lai, T. Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy / T. Lai, J. Habicht, R.A. Kiivet // *European Journal of Public Health*. – 2009. – Vol. 19 (5). – P. 541–547.

267. Long-Term Effects of Psychological Symptoms after Occupational Injury on Return to Work: A 6-Year Follow-Up / Po-Ching Chu, Wei-Shan Chin, Yue Leon Guo, Judith Shu-Chu Shiao // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2019. – Vol. 16 (2). – P. 235.

268. Lower education and income predict worse long-term outcomes after injury / J.P. Herrera-Escobar, A.J. Seshadri, R. Rivero, A. Toppo, S.S. Al Rafai, J.W. Scott, J.M. Havens, G. Velmahos, G. Kasotakis, A. Salim, A.H. Haider, D. Nehra // *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. – 2019. – Vol. 87 (1). – P. 104–110.

269. Ludolph, E. Cardinal errors in expert opinions for the statutory accident insurance / E. Ludolph // *Unfallchirurg*. – 2015. – Vol. 118 (11). – P. 963–975.

270. Mannelje, A. Quantitative estimates of work-related death, disease and injury in New Zealand / A. Mannelje, N. Pearce // *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. – 2005. – Vol. 31 (4). – P. 266–276.

271. Michaels, D. The Occupational Safety and Health Administration at 50: Protecting Workers in a Changing Economy / D. Michaels, J. Barab // *American Journal of Public Health*. – 2020. – Vol. 110 (5). – P. 631–635.

272. Mining-Related Lower Back Injuries and the Compensation Process: An Injured Worker's Journey / Sh. Mongeau, N. Lightfoot, L. MacEwan, T. Eger // *Workplace Health Safety*. – 2020. – Vol. 68 (1). – P. 24–31.

273. Minnehan, R. Examples of “schedules of damages” used in Europe and the United States / R. Minnehan // *Personal injury and wrongful death damages calculations: transatlantic dialogue* / edited by J.O. Ward, R.J. Thornton. – Bingley: Emerald group publishing. – 2009. – P. 291.

274. Minnesota Statutes. Chapters 175–186. Labor, industry // *Justia US Law*. – URL: <https://law.justia.com/codes/minnesota/2018/chapters-175-186/chapter-176/> (accessed: 16.01.2022).

275. Mitsem, P. Norway (report) / P. Mitsem // Personal injury awards in EU and EFTA countries / edited by D. McIntosh, M. Holmes. – The Hague : Kluwer Law International, 2003. – P. 588.

276. Murray, C. The Global Burden of Disease / C. Murray, A. Lopez. – Geneva: World Health Organization, 1996. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed: 15.01.2022).

277. Neumayer, E. Recessions lower (some) mortality rates: Evidence from Germany / E. Neumayer // Social Science and Medicine. – 2003. – Vol. 58 (6). – P. 1037–1047.

278. Nevada Revised Statutes (NRS). Chapter 616 A-D. Nevada Industrial Insurance Act, Chapter 617. Nevada Occupational Diseases Act // Justia US Law. – URL: <https://law.justia.com/codes/nevada/2019/> (accessed: 16.01.2022).

279. Non-fatal occupational accidents in Brunei Darussalam / K.N. Win, A. Trivedi, A. Lai, H. Hasylin, Kh. Abdul-Mumin // Industrial Health. – 2021. – Vol. 59(3). – P. 193–200.

280. Nowak, D. Medical expert opinion on occupational diseases – the role of medical experts / D. Nowak, S. Brandenburg // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 2019. – Vol. 144 (21). – P. 1487–1495.

281. Occupational differences in workers' compensation indemnity claims among direct care workers in Minnesota nursing homes, 2005–2016 / C.E. Rosebush, B. Zaidman, K.E. Schofield, D.J. Erickson, M. Ramirez, B. Tschida, P.M. McGovern // American Journal of Industrial Medicine. – 2020. – Vol. 63 (6). – P. 517–526.

282. Occupational exposure to *Brucella* spp.: A systematic review and meta-analysis / C.R. Pereira, J.V. Fernandes, C. de Almeida, I.R.C. de Oliveira, L.F. de Oliveira et al. // PLoS Neglected Tropical Diseases. – 2020. – Vol. 14 (5). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7252629/> (accessed: 15.01.2022).

283. Occupational fatalities, injuries, illnesses, and related economic loss in the wholesale and retail trade sector / V.P. Anderson, P.A. Schulte, J. Sestito, H. Linn, L.S.

Nguyen // *American Journal of Industrial Medicine*. – 2010. – Vol. 53 (7). – P. 673–685.

284. Occupational Health Physiotherapy (OHP) Practice: A Comparison between Japan and Australia / R. Boucaut, T. Nomura, K. Takano, R. Hiroshima, F. Asada, S. Okahara, B. Sanz-Bustillo-Aguirre // *Physical Therapy Research*. – 2021. – Vol. 24 (2). – P. 98–105.

285. Occupational Health Problems and Safety Conditions among Small and Medium-Sized Enterprises: A Cross-sectional Study in Shiraz, Iran / M. Jahangiri, H. Azmon, A. Daneshvar, F. Keshmiri, H. Khaleghi, A. Besharati, S. Daneshvar, S. Hassanipour, M. Malakoutikhah // *Annals of Global Health*. – 2019. – Vol. 85 (1). – P. 51.

286. Occupational Safety and Health Among Young Workers in the Nordic Countries: A Systematic Literature Review / T.N. Hanvold, P. Kines, M. Nykänen, S. Thomée, K.A. Holte, J. Vuori et al. // *Safety and Health at Work*. – 2019. – Vol. 10 (1). – P. 3–20.

287. Occupational Safety and Health: Synergies Between Security and Productivity. – Geneva: International Labour Organization, 2006. – URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms_110380.pdf (accessed: 15.01.2022).

288. Ogden tables: actuarial compensation tables for injury and death // Government Actuary's Department. – URL: <https://www.gov.uk/government/publications/ogden-tables-actuarial-compensation-tables-for-injury-and-death> (accessed: 16.01.2022).

289. Outcomes of an interdisciplinary work rehabilitation program / M.R. Voss, J.K. Homa, M. Singh, J.A. Seidl, W.E. Griffitt // *Work*. – 2019. – Vol. 64 (3). – P. 507–514.

290. Park, S.K. Pre-injury job characteristics and return to work among injured workers in South Korea: Differences by socio-demographic and injury-related characteristics / S.K. Park, Ch.K. Lee // *Disability and Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 41 (6). – P. 691–698.

291. Pasanen, J. How can social insurers promote return to work in occupational rehabilitation? A quantitative, cross-sectional study / J. Pasanen, A. Luoma // *BMC Public Health*. – 2021. – Vol. 21. – URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11758-w> (accessed: 15.01.2022).
292. Pereira, R.M.C. Vocational rehabilitation and return to work: Integrative review / R.M.C. Pereira, I. Monteiro // *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. – 2020. – Vol. 17 (3). – P. 441–455.
293. Permanent Partial Disability Evaluations under the Illinois Workers' Compensation Act – Application of AMA Guidelines // Rusin & Maciorowski. – URL: <http://www.rusinlaw.com/2014/05/ppd-evaluations-iwca-application-ama-guidelines/> (accessed: 24.09.2021).
294. Personal and occupational factors contributing to biomechanical risk of the distal upper limb among dairy workers in the Lombardy region of Italy / F. Masci, J. Rosecrance, A. Mixco et al. // *Applied Ergonomics*. – 2020. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30611466/> (accessed: 15.01.2022).
295. Prall, J. The management of work-related musculoskeletal injuries in an occupational health setting: The role of the physical therapist / J. Prall, M. Ross // *Journal of Exercise Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 15 (2). – P. 193–199.
296. Prevalence of Chronic Diseases and Occupational Injuries and their Influence on the Health-Related Quality of Life Among Farmers Working in Small-Farm Enterprises / A. Rostamabadi, M. Jahangiri, B.N. Mansourabadi, M. Javid, M. Ghorbani, S. Banaee // *Journal of Agromedicine*. – 2019. – Vol. 24 (3). – P. 248–256.
297. Prevention, Medical Management, and Adjudication of Workplace Injuries: A Thirty-Two Year Follow-up of an Integrated Workers' Compensation Program / E.J. Bernacki, N. Kalia, Sh. Soistman, S.A. Minor, J. Barry, R.A. Lavin, Xuguang (Grant) Tao // *Journal Occupational Environmental Medicine*. – 2021. – Vol. 63 (10). – P. 828–838.

298. Recovery Within Injury Compensation Schemes: A System Mapping Study / A. Collie, Sh. Newnam, H. Keleher, A. Petersen, A. Kosny, A.P. Vogel, J. Thompson // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 29 (1). – P. 52–63.

299. Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes / A. Belin, C. Dupont, L. Oulès, Y. Kuipers, E. Fries-Tersch // European Agency for Safety and Health at Work. – 2016. – URL: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategies-and-programmes/view> (accessed: 16.01.2022).

300. Relationship between workers' return to work, job retention and income in industrial accidents in Korea: A longitudinal study / Suk Won Bae, Inchul Jeong, Jin-Ha Yoon, Seung Wook Lee, Tae Hyun Kim, Jong-Uk Won // *BMJ Open*. – 2021. – Vol. 11 (4). – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/4/e039948> (accessed: 15.01.2022).

301. Return-to-Work Barriers Among Manual Workers After Hand Injuries: 1-Year Follow-up Cohort Study / B.S. Marom, N.Z. Ratzon, R.S. Carel, M. Sharabi // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 100 (3). – P. 422–432.

302. Review of Brucellosis Cases from Laboratory Exposures in the United States in 2008 to 2011 and Improved Strategies for Disease Prevention / R.M. Traxler, M.A. Guerra, M.G. Morrow, T. Haupt et. al. // *Journal of Clinical Microbiology*. – 2013. – Vol. 51 (9). – P. 3132–3136.

303. Rhie, J. Return-to-Work According to Impairment Type Among Occupationally Injured Workers in Korea / J. Rhie, I. Jeong, Jong Uk Won // *Journal of Korean Medical Science*. – 2013. – Vol. 28 (11). – P. 1581–1586.

304. Rhys, D. The impact of the business cycle on occupational injuries in the UK / D. Rhys, J. Paul // *Social Science and Medicine*. – 2009. – Vol. 69 (2). – P. 178–182.

305. Risk factors for occupational accidents in agricultural enterprises in Japan / G. Ichihara, T. Matsukawa, F. Kitamura, K. Yokoyama // *Industrial Health*. – 2019. – Vol. 57 (5). – P. 627–636.

306. Role of age and health in perceptions of returning to work: A qualitative study / J. Neary, S.V. Katikireddi, J. Brown et al. // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19. – P. 1–10.

307. Role of occupational rehabilitation therapy in returning to work: Experimental experience / G. Bazzini, M. Panigazzil, E. Prestifilippo et al. // *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*. – 2014. – Vol. 36 (4). – P. 282–291.

308. Rondinelli, R.D. *AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* / R.D. Rondinelli. – 6th Edition. – Washington: American Medical Association, 2011. – P. 456.

309. Rothstein, M.A. The Occupational Safety and Health Act at 50: Introduction to the Special Section / M.A. Rothstein // *American Journal of Public Health*. – 2020. – Vol. 110 (5). – P. 613–614.

310. Rudbeck, M. A Follow-Up Study on Return to Work in the Year After Reporting an Occupational Injury Stratified by Outcome of the Workers' Compensation System / M. Rudbeck, J.P. Johansen, Ø. Omland // *Occupational and Environmental Medicine*. – 2018. – Vol. 60 (6). – P. 542–547.

311. Russell, E. Communication and collaboration among return-to-work stakeholders / E. Russell, A. Kosny // *Disability and Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 41 (22). – P. 2630–2639.

312. *Safety and Health at the Heart of the Future of Work: Building on 100 Years of Experience*. – Geneva: International Labour Organization, 2019. – URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_686645.pdf. (accessed: 15.01.2022).

313. *Safety and health in agriculture. Code of practice*. – Geneva: International Labour Organization, 2010. – URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_159457.pdf (accessed: 15.01.2022).

314. Saldaña, M.R. Occupational Health Nursing: Competence and experience to achieve the safety, health and well-being of the working population / M.R. Saldaña,

A.G.M. Pimentel, A.S. Posada // *Enfermería Clínica*. – 2019. – Vol. 29 (6). – P. 376–380.

315. Schürmann, J. Minderung der Erwerbsfähigkeit. Loss of earning capacity / J. Schürmann // *Trauma und Berufskrankheit*. – 2014. – Vol. 16. – P. 204–210.

316. Scoping review of claimants' experiences within Australian workers' compensation systems / A.-M. Dean, M. Matthewson, M. Buultjens, G. Murphy // *Australian Health Review*. – 2019. – Vol. 43 (4). – P. 457–465.

317. Sears, J.M. Initial return to work and long-term employment patterns: Associations with work-related permanent impairment and with participation in workers' compensation-based return-to-work programs / J.M. Sears, D. Fulton-Kehoe, Sh. Hogg-Johnson // *American Journal Industrial Medicine*. – 2021. – Vol. 64 (5). – P. 323–337.

318. Sears, J.M. Injured workers' assessment of vocational rehabilitation services before and after retraining / J.M. Sears, Th.M. Wickizer, B.A. Schulman // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2014. – Vol. 24 (3). – P. 458–468.

319. Sengupta, I. Recent trends in workers' compensation / I. Sengupta, V. Reno // *Social Security Bulletin*. – 2007. – Vol. 67 (1). – P. 17–26.

320. Stocks, S.J. Trends in incidence of occupational asthma, contact dermatitis, noise-induced hearing loss, carpal tunnel syndrome and upper limb musculoskeletal disorders in European countries from 2000 to 2012 / S.J. Stocks, R. McNamee, H.F. van der Molen // *Occupation Environmental Medicine*. – 2015. – Vol. 72. – P. 294–303.

321. Texas Labor Code. Title 5. Workers' Compensation // Labor Code. – URL: <http://www.texas-statutes.com/labor-code> (accessed: 24.09.2021).

322. The 2019 Florida Statutes. Chapter 440. Workers' Compensation // The Florida Legislature. – URL: http://www.leg.state.fl.us/statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0400-0499/0440/0440ContentsIndex.html (accessed: 16.01.2022).

323. The Construction Chart Book: The U.S. Construction Industry and Its Workers. – 5th ed. – Silver Spring: CPWR – The Center for Construction Research and Training, 2013. – URL:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.637.3623&rep=rep1&type=pdf> (accessed: 15.01.2022).

324. The Construction Chart Book: The U.S. Construction Industry and Its Workers. – 6th ed. – Silver Spring: CPWR – The Center for Construction Research and Training, 2018. – URL: https://www.cpwr.com/wp-content/uploads/publications/The_6th_Edition_Construction_eChart_Book.pdf (accessed: 15.01.2022).

325. The German Statutory Accident Insurance: A successful example of a value-based healthcare structure / M. Wich, T. Auhuber, D. Scholtysik, A. Ekkernkamp // Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. – 2018. – Vol. 130. – P. 13–20.

326. The impact of long-term workers' compensation benefit cessation on welfare and health service use: protocol for a longitudinal controlled data linkage study / T.J. Lane, J. Berecki-Gisolf, R. Iles, P.M. Smith, A. Collie // International Journal of Population Data Science. – 2021. – Vol. 6 (1). – P. 14–19.

327. The Influence of Social Support and Social Integration Factors on Return to Work Outcomes for Individuals with Work-Related Injuries: A Systematic Review / C. White, R.A. Green, S. Ferguson, S.L. Anderson, C. Howe, Jing Sun, N. Buys // Journal of Occupational Rehabilitation. – 2019. – Vol. 29 (3). – P. 636–659.

328. The Prediction of Industrial Accident Rate in Korea: A Time Series Analysis / E.S. Choi, G.S. Jeon, W.K. Lee, Y.S. Kim // Korean Journal of Occupational Health Nurses. – 2016. – Vol. 25 (1). – P. 65–74.

329. Torres, L.D. Employer's civil liability for work-related accidents: A comparison of non-economic loss in Chile and England / L.D. Torres, A. Jain // Safety Science. – 2017. – Vol. 94. – P. 197–207.

330. Trends in occupational diseases in Finland, 1975–2013: A register study / P. Oksa, R. Sauni, N. Talola, S. Virtanen, J. Nevalainen, A. Saalo, J. Uitti // BMJ Open. – 2019. – Vol. 9 (4). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6500243/> (accessed: 15.01.2022).

331. Trends in occupational diseases in the Italian agricultural sector, 2004–2017 / H.F. van der Molen, C. Marsili, A. Vitali, C. Colosio // *Occupational and Environmental Medicine*. – 2020. – Vol. 77 (5). – P. 340–343. – DOI: 10.1136/oemed-2019-106168. Epub 2020 Jan 29.

332. Trends in occupational injuries and diseases among Saudi and non-Saudi insured workers / M. Abbas, M. Kashif, M. Balkhyour, I. Ahmad, Zaki-Ul-Zaman Asam, R. Saeed // *Eastern Mediterranean Health Journal*. – 2018. – Vol. 24 (10). – P. 1010–1017.

333. Upper Limb's Injuries in Agriculture: A Systematic Review / N. Mucci, V. Traversini, L.G. Lulli, A. Baldassarre, R.P. Galea, G. Arcangeli // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17 (12). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7345507/> (accessed: 15.01.2022).

334. Using Workers' Compensation Claims Data to Describe Nonfatal Injuries among Workers in Alaska / D.L. Lucas, J.R. Lee, K.M. Moller, M.B. O'Connor, L.N. Syron, J.R. Watson // *Safety and Health at Work*. – 2020. – Vol. 2. – P. 98.

335. Validation of the ICF Core Set for Vocational Rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury using focus groups / B. Aiachini, S. Cremascoli, R. Escorpizo, C. Pistarini // *Disability and Rehabilitation*. – 2016. – Vol. 38 (4). – P. 337–345.

336. Vivoda, M. The relationships among roadway safety management practices, collision rates, and injury rates within company fleets / M. Vivoda, S.G. Pratt, J. Gillies // *Safety Sciences*. – 2019. – Vol. 120. – P. 589–602.

337. Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries / Wen-Hsuan Hou, Ching-Chi Chi, Heng-Lien Lo, Yun-Yun Chou, Ken N. Kuo, Hung-Yi Chuang and Cochrane Work Group // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017. – Vol. 12 (3). – URL: https://www.researchgate.net/publication/321626597_Vocational_rehabilitation_for_enhancing_return-to-work_in_workers_with_traumatic_upper_limb_injuries (accessed: 16.01.2022).

338. Walusiak-Skorupa, J. An assessment of the role of the Social Insurance Institution in the occupational activation of people with health problems, conducted by issuing decisions on the appropriateness of vocational retraining / J. Walusiak-Skorupa, M. Lipowska, M. Wiszniewska // *Medycyna pracy*. – 2020. – Vol. 71 (3). – P. 309–323.

339. West Virginia code. Chapter 23. Workers' Compensation // West Virginia Legislature. – URL: <https://www.wvlegislature.gov/wvcode/code.cfm?chap=23&art=4> (accessed: 16.01.2022).

340. Wholesale and retail trade sector occupational fatal and nonfatal injuries and illnesses from 2006 to 2016: Implications for intervention / V.P. Anderson, P.A. Schulte, J. Novakovich, D. Pfirman, A. Bhattacharya // *American Journal of Industrial Medicine*. – 2020. – Vol. 63 (2). – P. 121–134.

341. Widder, B. Expert opinions in German statutory accident insurance / B. Widder, P.W. Gaidzik // *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. – 2012. – Vol. 80 (2). – C. 102–110.

342. Wiesner, B. Medical expert opinion of occupational illness using the example of pneumological diseases / B. Wiesner, C. Grohé // *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. – 2019. – Vol. 144 (21). – P. 1496–1503.

343. Wong, D. Wai-yip. Who are less likely to return to work after getting injured on duty? A 12-month epidemiological evaluation in an orthopedic and traumatology center in Hong Kong / D. Wai-yip Wong, A. Wai-leung Kwok, Yiu-chung Wong // *Journal Occupational Health*. – 2021. – Vol. 63 (1). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8290246/> (accessed: 15.01.2022).

344. Workers' Comp Statute Section (the Laws of New York) // The New York State Senate. – URL: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/WKC/1> (accessed: 17.01.2022).

345. Workers' Compensation: Overview and Issues: Congressional analysis (updated February 18, 2020) // Government Secrecy. – URL: <https://fas.org/sgp/crs/misc/R44580.pdf> (accessed: 16.01.2022).

346. Workers' experiences with compensated sick leave due to musculoskeletal disorder: A qualitative study / Min Choi, Hyoung-Ryoul Kim, Jinwoo Lee, Hye-Eun

Lee, Junsu Byun, Jong Uk Won // *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. – 2014. – Vol. 26. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387791/> (accessed: 16.01.2022).

347. *Workforce Reintegration After Work-Related Permanent Impairment: A Look at the First Year After Workers' Compensation Claim Closure* / J.M. Sears, B.A. Schulman, D. Fulton-Kehoe, Sh. Hogg-Johnson // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2021. – Vol. 31 (1). – P. 219–231.

348. *Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: What works?* / J. Gourdeau, A. Fingold, A. Colantonio, E. Mansfield, M. Stergiou-Kita // *Disability and Rehabilitation*. – 2020. – Vol. 42 (4). – P. 552–561.

349. *Workplace-Related Traumatic Injuries: Insights from a Rapidly Developing Middle Eastern Country* / H. Al-Thani, A. El-Menyar, H. Abdelrahman, A. Zarour, R. Consunji, R. Peralta et al. // *Journal of Environmental and Public Health*. – 2014. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964690/> (accessed: 15.01.2022).

350. *Work-related injuries and illnesses and their association with hour of work: Analysis of the Oregon construction industry in the US using workers' compensation accepted disabling claims, 2007–2013* / L. Yang, A. Branscum, E. Smit, D. Dreher, K. Howard, L. Kincl // *Journal of Occupational Health*. – 2020. – Vol. 62 (1). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154590/> (accessed: 16.01.2022).

351. Xia, T. *Work-related injury and illness in the Victorian healthcare sector: A retrospective analysis of workers' compensation claim records* / T. Xia, A. Collie // *Australian Health Review*. – 2020. – Vol. 44 (1). – P. 24–30.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Экспертный опрос

Просим Вас оценить влияние перехода от существующей системы обеспечения пострадавших на производстве техническими средствами реабилитации на оплату расходов по предоставлению технических средств реабилитации с применением Сертификата.

В таблице 1 следует указать вероятность реализации каждой выгоды от 0 до 1 и дать оценку степени влияния выгоды на каждого выгодоприобретателя (стейкхолдера).

В таблице 2 следует указать вероятность реализации каждой рискованной ситуации, связанной с введением Сертификата, а также степень влияния на каждого стейкхолдера. При необходимости в таблицы можно внести дополнительные выгоды, риски, если они, на Ваш взгляд, значимы.

Спасибо!

Краткая аннотация механизма оплаты расходов по предоставлению технических средств реабилитации с применением Сертификата

Сертификат – документ, который дает право на оплату стоимости технических средств реабилитации (далее – ТСР) в любой организации, входящей в Реестр поставщиков ТСР, формируемый Фондом социального страхования. Основная цель сертификатов – повышение доступности и максимальное удовлетворение индивидуальных потребностей пострадавших при предоставлении ТСР. Оплата расходов на обеспечение ТСР пострадавших на производстве с применением Сертификата позволяет потребителю самостоятельно выбирать поставщиков среди отвечающих определенным минимальным требованиям, а оплата поставщику осуществляется после предоставления ТСР Фондом социального страхования.

Этапы обеспечения ТСП пострадавших на производстве с использованием Сертификата:

1. Определение перечня ТСП и их характеристик, свидетельствующих о качестве ТСП, расчет нормативной стоимости ТСП, определение минимальных требований к поставщикам ТСП.
2. Подача заявок на включение в Реестр поставщиков.
3. Подтверждение включения поставщика ТСП в Реестр.
4. Обращение пострадавшего в региональное отделение ФСС РФ с заявлением на получение ТСП с приложением программы реабилитации пострадавшего.
5. Выдача Сертификатов, сообщение потребителям (пострадавшим) сведений о поставщиках, входящих в Реестр.
6. Выбор потребителем, самостоятельно или с помощью координатора, поставщика ТСП и получение выбранного ТСП.
7. Предоставление поставщику Сертификата. В случае если стоимость ТСП превышает норматив стоимости, указанный в Сертификате, покупатель (пострадавший) осуществляет доплату в необходимом размере.
8. Предъявление поставщиком Сертификата в Фонд социального страхования.
9. Получение поставщиком платы за предоставленное ТСП.

Таблица А.1 – Оценка вероятности реализации выгод от введения электронного сертификата и степени влияния выгод на каждого выгодоприобретателя (стейкхолдера)

№	Наименование выгоды	Экспертная оценка вероятности достижения выгод (от 0,0 до 1,0)	Оценка значимости выгод для стейкхолдеров (от 1 до 10)			
			Пострадавшие на производстве	Поставщики ТСП	ФСС	Региональные органы власти
1	Наличие возможности выбора организации – поставщика ТСП					
2	Расширение возможностей выбора технических средств реабилитации					
3	Получение возможности софинансирования для приобретения ТСП с лучшими характеристиками и дополнительными опциями					
4	Повышение качества технических средств реабилитации с учетом роста конкуренции					
5	Возможность увеличения объемов реализации ТСП					
6	Уменьшение размера средств, изымаемых из оборота для обеспечения заявки и исполнения контракта					
7	Сокращение числа жалоб со стороны пострадавших на производстве и нуждающихся в ТСП					
8	Снижение трудозатрат и уменьшение коррупционных рисков за счет отказа от закупок по 44-ФЗ					
9	Возможность повышения качества финансового планирования					
10	Прозрачность финансовых потоков, рост удовлетворенности населения					
11	Обеспечение баланса целевого назначения Сертификата и свободы потребительского выбора гражданина					
12	Рациональное использование средств ФСС за счет оплаты ТСП по факту предоставления					
13	Повышение уровня обеспеченности нуждающихся в ТСП					
14	Рост занятости в связи с более открытым доступом на рынок организаций поставщиков ТСП					
15	Увеличение налоговых поступлений в бюджет в связи с предполагаемым ростом объемов реализации					

Таблица А.2 – Оценка вероятности реализации рисков ситуаций, связанных с введением Сертификата, и степени влияния на каждого стейкхолдера

№	Наименование рисков ситуации	Экспертная оценка вероятности рисков ситуации (от 0,0 до 1,0)	Оценка силы влияния риска на стейкхолдеров (10-балльная шкала)			
			Пострадавшие на производстве	Поставщики ТСР	ФСС	Региональные органы власти
1	Неготовность населения к самостоятельному выбору ТСР					
2	Увеличение времени на поиск ТСР и организаций, их предоставляющих					
3	Сговор организаций, предоставляющих ТСР					
4	Ухудшение качества ТСР					
5	Возможность возникновения затяжных судебных разбирательств с организациями, реализующими ТСР					
6	Негативное восприятие населением необходимости участвовать в софинансировании при получении ТСР					
7	Информационный вакуум, который может возникнуть при переходе на новую систему оплаты ТСР					
8	Опасения со стороны организаций, предоставляющих ТСР о своевременности оплаты по предъявляемым Сертификатам					
9	Отсутствие экономии трудовых затрат в связи с появлением новых функций сотрудников ФСС, связанных с предоставлением Сертификата					
10	Неточность расчета норматива стоимости ТСР					
11	Технические риски, связанные выдачей Сертификатов и оплатой нормативной стоимости					
12	Риски отсутствия достаточного объема финансирования для оплаты нормативной стоимости ТСР					
13	Недостаточная открытость информации в связи с использованием не электронного, а бумажного сертификата					
14	Риски, связанные с мошенничеством и подделкой Сертификатов					

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета по изучению мнения граждан по введению
целевого денежного сертификата для оплаты технических средств
реабилитации**

Уважаемые респонденты!

Обсуждаются целесообразность и механизмы использования целевого денежного сертификата пострадавшего вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – Сертификат). Сертификат позволит выбирать любого поставщика технического средства реабилитации (далее – ТСР). Применение Сертификата позволит при необходимости дополнительно использовать и собственные средства для получения изделия, которое максимально удовлетворяет желаниям гражданина.

В целях проведения научного исследования просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Дата заполнения анкеты _____

1. Кем заполнена: пострадавшим вследствие несчастного случая или профессионального заболевания (или членом его семьи);

инвалидом (или членом его семьи)

2. Отметьте технические средства реабилитации, которые

2.1 Внесены в ПРП / ИПР	2.2 Были Вам предоставлены	2.3 Вы приобретали самостоятельно с последующим получением денежной компенсации
<input type="checkbox"/> Протез верхней конечности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Протез нижней конечности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Трость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Костыли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ходунки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Поручни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Параподиум, вертикализатор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Кресло-коляска с ручным приводом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Кресло-коляска с электроприводом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ортезы (бандажи, туторы, аппараты, корсеты)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Обувь (ортопедическая или на протез)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Противопрележневые матрац, подушка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Приспособления для бытовой деятельности (крючки, захваты и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Слуховой аппарат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Подгузники	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Средства для стомированных больных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Кресло-стул с санитарным оснащением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Функциональная кровать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Сиденья для ванны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Подъемник для ванной	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Лестничный подъемник для кресла-коляски	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Другие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Укажите проблемы, с которыми Вы столкнулись при получении ТСП?

- Длительный срок обеспечения
- Отсутствие индивидуального подхода при подборе ТСП
- Низкое качество изделия
- Отсутствие возможности выбора поставщика ТСП
- Низкий размер возмещения расходов при самостоятельном приобретении ТСП за собственный счет
- Другие (указать) _____

4. Позволит ли введение Сертификата улучшить действующую практику обеспечения граждан ТСП ?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Уменьшение срока обеспечения ТСП | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| Индивидуальный подход к подбору ТСП
(с учетом мнения гражданина) | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| Улучшение качества изделий,
которые гражданин выберет самостоятельно | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |
| Возможность выбора поставщика | да <input type="checkbox"/> | нет <input type="checkbox"/> |

5. Перечислите возможные опасения при введении Сертификата.

- Низкая стоимость Сертификата
- Длительность процедуры получения Сертификата
- Недостаток информации о Сертификате
- Трудности выбора гражданином технического средства
- Трудности выбора гражданином поставщика (производителя) ТСП
- Необходимость поиска и привлечения дополнительных специалистов (посредников, консультантов) для помощи в подборе изделий и/или поставщиков
- Уменьшение государственного контроля за качеством ТСП
- Другие (указать) _____

6. Необходима ли Вам помощь при подборе ТСП?

- Не требуется
- Требуется помощь членов семьи, родственников, друзей, знакомых
- Требуется помощь профессиональных консультантов
- Могу сам(а) быть консультантом
- Другое (указать) _____

7. Необходима ли Вам помощь при выборе поставщика?

- Не требуется
- Требуется помощь членов семьи, родственников, друзей, знакомых

- Требуется помощь профессиональных консультантов
- Могу сам(а) быть консультантом
- Другое (указать) _____

8. В каких случаях Вы готовы частично доплатить за ТСР?

- За улучшение эстетических характеристик изделия
- За улучшение комфортности использования
- За дополнительные функции ТСР, которые не обоснованы диагнозом
- Другое (указать) _____

9. За какое ТСР Вы готовы доплатить и какой размер денежной доплаты Вы считаете для себя приемлемой (укажите в рублях) ?

<input type="checkbox"/> Протез верхней конечности	
<input type="checkbox"/> Протез нижней конечности	
<input type="checkbox"/> Трость	
<input type="checkbox"/> Костыли	
<input type="checkbox"/> Ходунки	
<input type="checkbox"/> Поручни	
<input type="checkbox"/> Параподиум, вертикализатор	
<input type="checkbox"/> Кресло-коляска с ручным приводом	
<input type="checkbox"/> Кресло-коляска с электроприводом	
<input type="checkbox"/> Ортезы (бандажи, туторы, аппараты и др.)	
<input type="checkbox"/> Обувь (ортопедическая или на протез)	
<input type="checkbox"/> Противопрележневые матрац, подушка	
<input type="checkbox"/> Приспособления для бытовой деятельности (крючки, захваты и др.)	
<input type="checkbox"/> Слуховой аппарат	
<input type="checkbox"/> Подгузники	
<input type="checkbox"/> Средства для стомированных больных	
<input type="checkbox"/> Кресло-стул с санитарным оснащением	
<input type="checkbox"/> Функциональная кровать	
<input type="checkbox"/> Сиденья для ванны	
<input type="checkbox"/> Подъемник для ванной	
<input type="checkbox"/> Лестничный подъемник для кресла-коляски	
<input type="checkbox"/> Другие ТСР	
<input type="checkbox"/> Не готов(а) доплачивать	

Примечание _____

Благодарим за участие в анкетировании!