

**Государственное учреждение -
Тульское региональное
отделение
Фонда социального
страхования
Российской Федерации**

Кочережникова Людмила Владимировна

**начальник отдела по обеспечению
санаторно-курортным лечением льготных
категорий граждан и организации
реабилитации застрахованных**



**Количество инвалидов, обратившихся в 1 кв.2011г.
в ГУ – ТРО ФСС РФ за обеспечением по отдельным
видам ТСР и ПОИ**

181-ФЗ

-Абсорбирующее белье +подгузники	4 616 ч.
-Трости, костыли, ходунки	971 ч.
-Спецсредства при нарушении функции выделения	790 ч.
-Ортезы	786 ч.
-Ортопедическая обувь	428 ч.
-Кресло-коляски + кресло-стулья	427 ч.
-Протезы и экзопротезы	397 ч.
-Противопрележневые матрацы	190 ч.
-Слуховые аппараты	147 ч.

22 769 643 рубля



Перечень медицинских учреждений Тульской области, в которых прошли проверки по вопросу обоснованности установления нуждаемости в технических средствах реабилитации.

Рабочая
группа



Медицинские
учреждения

-МУЗ «Богородицкая ЦРБ»

-МУЗ «Кимовская ЦРБ»

-МУЗ «Дубенская ЦРБ»

-МУЗ «Щекинская РБ»

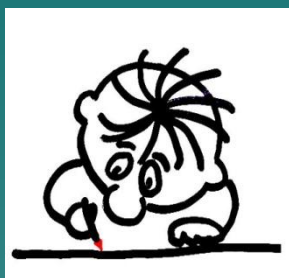
-МУЗ «Щекинская ГБ»

-медицинские учреждения г.
Новомосковска



Перечень замечаний, выявленных при оформлении медицинской документации в случае заполнения формы 088\у-06.

Медицинские учреждения



- отсутствие описания статуса инвалида и сформированного диагноза
- отсутствие записей врачей-консультантов
- отсутствие рекомендованного количества единиц абсорбирующего белья
- отсутствие данных о диурезе
- отсутствие упоминания о направлении в органы МСЭ



Обеспечение пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

125-ФЗ



Получение травмы на производстве



Оказание медицинской помощи в ЛПУ



Установление процента утраты трудоспособности



Восстановление трудоспособности



Перечень реабилитационных мероприятий, который необходимо указывать в заключении врачебной комиссии к программе реабилитации пострадавшего

1. лекарства, изделия медицинского назначения и индивидуального ухода только по последствиям производственной травмы;
2. посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным лицом, в том числе осуществляемый членами его семьи;
3. необходимость санаторно-курортного лечения и нуждаемость в сопровождении;
4. изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов;
5. обеспечение техническими средствами реабилитации и их ремонт.



125-ФЗ

Медицинская реабилитация пострадавших.

13 млн. руб.

55 млн.руб.

7 млн.руб.



**Лекарственное
обеспечение**



**Санаторно-
курортное лечение**



ТСР и ПОИ



Количество «пострадавших», у которых произошло снижение процента утраты трудоспособности в период 2006-2010гг.



Изменение
процента
утраты

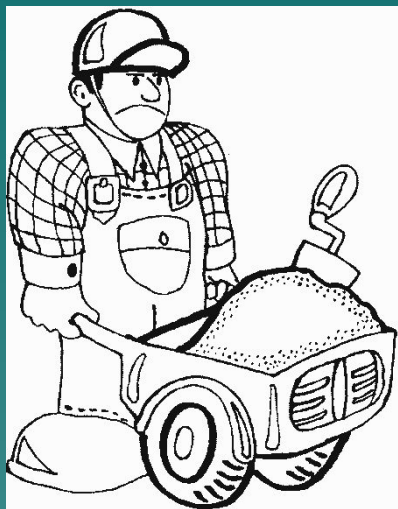


**У 952 человек
изменился процент
утраты
трудоспособности.**

**У 661 человека
снизился процент
утраты
трудоспособности.**



Количество «пострадавших», у которых произошло снижение процента утраты трудоспособности в 2011 году.



У 125 человек изменился процент утраты трудоспособности.

Изменение процента утраты



У 93 человек снизился процент утраты трудоспособности.



Анализ заболеваемости по отраслям.



ПРОИЗВОДСТВО

90,6 на 100 раб.



**ДОБЫВАЮЩАЯ
ОТРАСЛЬ**

71,5 на 100 раб.



**ЗДРАВООХРА-
НЕНИЕ**

66,7 на 100 раб.



**ТРАНСПОРТ
СВЯЗЬ**

62,5 на 100 раб.



Проведение проверок медицинских учреждений области по экспертизе временной нетрудоспособности

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ПЕРВИЧНЫЙ - ПРОДОЛЖЕНИЕ
 (соответствующее подчеркнуть)

Серия ВЮ 9476801

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) № истории болезни (фамилия врача)

Место работы (наименование организации) основное/по совместительству (нужное подчеркнуть)

Для предъявления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности

Серия № _____

Выдан (число, месяц, год) 20 ____ г. (фамилия получателя)

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ПЕРВИЧНЫЙ - ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА № _____
 (соответствующее подчеркнуть)

Серия ВЮ 9476801

(наименование и адрес лечебного учреждения или его части) (код медицинской организации)

Выдан (число, месяц) 20 ____ г. (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) Возраст (полная лет)

Место работы (наименование организации) основное/по совместительству (нужное подчеркнуть)

Для предъявления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности

Серия № _____

Указать причину нетрудоспособности – заболевание, травма, профзаболевание или его обострение, несчастный случай на производстве (его последствия), уход за больным членом семьи (в случае заболевания, исключенного из перечня заболеваний), карантин, поствакцинальное осложнение, долечивание в санатории, отпуск по беременности и родам.

При отпуске по беременности и родам указать предполагаемую дату родов, при уходе за больным членом семьи – фамилию, имя, возраст больного, при долечивании в санатории – дату начала и окончания курса лечения, название места нахождения санатория

РЕЖИМ: Направлен в бюро МСЭ _____ 20 ____ г. Подпись председателя ВК _____

Отметки о нарушении режима: Регистрация документов в бюро МСЭ _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

Находился в стационаре с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г. Освидетельствован в бюро МСЭ _____ 20 ____ г.

Разрешена выдача (продление) листка нетрудоспособности гражданам, находящимся вне постоянного места жительства с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г. Заключение бюро МСЭ _____ (степень ограничения способности к трудовой деятельности)

Подпись руководителя медицинской организации _____ М.П. Подпись руководителя бюро МСЭ _____ М.П.

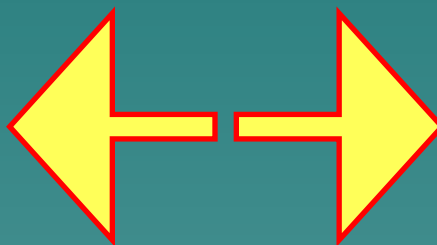
О С В О Б О Д Ж Е Н И Е О Т Р А Б О Т Ы			
С какого часа	По какое число включительно	Специальность и фамилия врача	Подпись врача
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

Выдан новый листок (продолжение) № _____

Печать медицинской организации

1 кв. 2010 г.



ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ПЕРВИЧНЫЙ - ПРОДОЛЖЕНИЕ
 (соответствующее подчеркнуть)

Серия ВЮ 9476801

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) № истории болезни (фамилия врача)

Место работы (наименование организации) основное/по совместительству (нужное подчеркнуть)

Для предъявления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности

Серия № _____

Выдан (число, месяц, год) 20 ____ г. (фамилия получателя)

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ПЕРВИЧНЫЙ - ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛИСТКА № _____
 (соответствующее подчеркнуть)

Серия ВЮ 9476801

(наименование и адрес лечебного учреждения или его части) (код медицинской организации)

Выдан (число, месяц) 20 ____ г. (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) Возраст (полная лет)

Место работы (наименование организации) основное/по совместительству (нужное подчеркнуть)

Для предъявления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности

Серия № _____

Указать причину нетрудоспособности – заболевание, травма, профзаболевание или его обострение, несчастный случай на производстве (его последствия), уход за больным членом семьи (в случае заболевания, исключенного из перечня заболеваний), карантин, поствакцинальное осложнение, долечивание в санатории, отпуск по беременности и родам.

При отпуске по беременности и родам указать предполагаемую дату родов, при уходе за больным членом семьи – фамилию, имя, возраст больного, при долечивании в санатории – дату начала и окончания курса лечения, название места нахождения санатория

РЕЖИМ: Направлен в бюро МСЭ _____ 20 ____ г. Подпись председателя ВК _____

Отметки о нарушении режима: Регистрация документов в бюро МСЭ _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

Находился в стационаре с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г. Освидетельствован в бюро МСЭ _____ 20 ____ г.

Разрешена выдача (продление) листка нетрудоспособности гражданам, находящимся вне постоянного места жительства с _____ 20 ____ г. по _____ 20 ____ г. Заключение бюро МСЭ _____ (степень ограничения способности к трудовой деятельности)

Подпись руководителя медицинской организации _____ М.П. Подпись руководителя бюро МСЭ _____ М.П.

О С В О Б О Д Ж Е Н И Е О Т Р А Б О Т Ы			
С какого часа	По какое число включительно	Специальность и фамилия врача	Подпись врача
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		
С _____ (число, месяц)	_____ (прописью число и месяц)		

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

Выдан новый листок (продолжение) № _____

Печать медицинской организации

1 кв. 2011 г.

1 237 листов нетрудоспособности

12 832 листка нетрудоспособности