

**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.
-Противопролежневые 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.

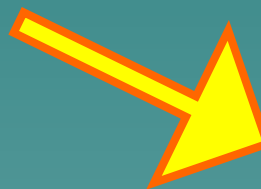
## 125-ФЗ



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**



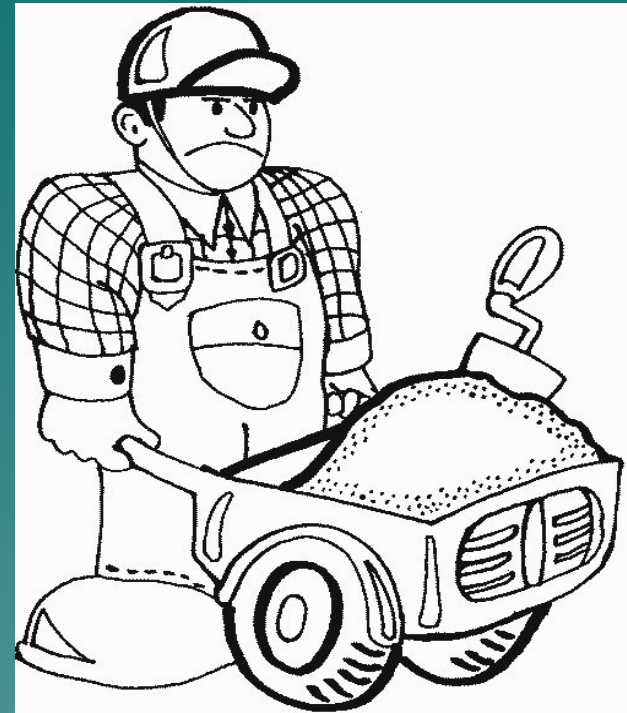
**ТСР и ПОИ**



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



Изменение  
процента  
утраты



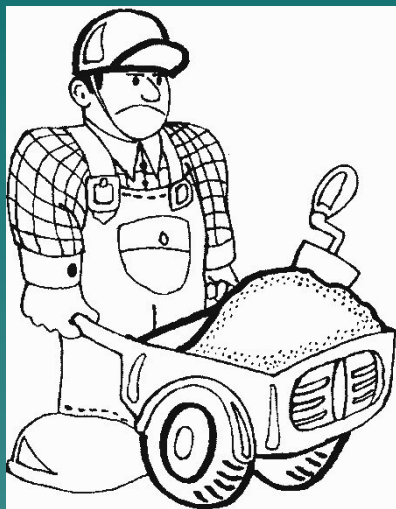
**У 952 человек  
изменился процент  
утраты  
трудоспособности.**

**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 (домашний адрес) основное/по совместительству (название организации)

Для предъявления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности

Серия № \_\_\_\_\_

Выдан (число, месяц, год) 20 \_\_\_\_ г. (фактика получения)

---

**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. Возраст (полная лет)

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (подпись врача)

Место работы (наименование организации)

Основное/по совместительству (нужно 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 в перечень 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 \_\_\_\_\_ г. Подпись председателя ВК \_\_\_\_\_ г.

Отметки о нарушении режима: Подпись врача \_\_\_\_\_ г. Регистрация документов в бюро МСЭ \_\_\_\_\_ г.

Находился в стационаре с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г. Освидетельствован в бюро МСЭ \_\_\_\_\_ г.

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

Подпись руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_ М.П. Подпись руководителя бюро МСЭ \_\_\_\_\_ М.П.

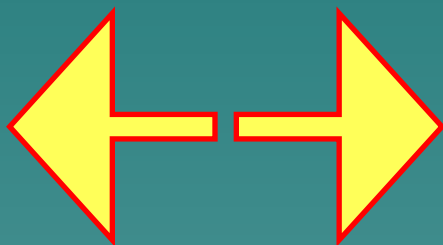
О С В О Б О Д Ж Е Н И Е О Т Р А Б О Т Ы			
С какого часа	По какое число включительно	Специальность и фамилия врача	Подпись врача
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		

**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 (домашний адрес) основное/по совместительству (название организации)

Для предъявления по основному месту работы выдан листок нетрудоспособности

Серия № \_\_\_\_\_

Выдан (число, месяц, год) 20 \_\_\_\_ г. (фактика получения)

---

**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. Возраст (полная лет)

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (подпись врача)

Место работы (наименование организации)

Основное/по совместительству (нужно 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 в перечень 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 \_\_\_\_\_ г. Подпись председателя ВК \_\_\_\_\_ г.

Отметки о нарушении режима: Подпись врача \_\_\_\_\_ г. Регистрация документов в бюро МСЭ \_\_\_\_\_ г.

Находился в стационаре с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г. Освидетельствован в бюро МСЭ \_\_\_\_\_ г.

Разрешена выдача (продление) листка нетрудоспособности гражданам, находящимся вне постоянного места жительства с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г. Заключение бюро МСЭ \_\_\_\_\_ г. (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 _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		
С _____	_____		

**ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ**

Выдан новый листок (продолжение) № \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

1 кв. 2011 г.

1 237 листов нетрудоспособности

12 832 листка нетрудоспособности