**Положение  
о Республиканском центре медико-социальной экспертизы при Министерстве социального развития Кыргызской Республики**

*(В редакции постановления Правительства КР от*[*4 июля 2014 года № 372*](http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/96629?cl=ru-ru)*)*

I. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет правовые и организационные основы деятельности Республиканского центра медико-социальной экспертизы при Министерстве социального развития Кыргызской Республики (далее - Центр).

2. Центр является многопрофильным экспертным учреждением, осуществляющим практическую экспертную и социально-медицинскую деятельность, а также научно-методическое и учебно-методологическое сопровождение учреждений медико-социальной экспертизы.

3. Центр в своей деятельности руководствуется Конституцией Кыргызской Республики, законами Кыргызской Республики и иными нормативными правовыми актами Кыргызской Республики, вступившими в установленном законом порядке в силу международными договорами, участницей которых является Кыргызская Республика, а также настоящим Положением.

4. Центр является юридическим лицом, созданным на праве оперативного управления в отношении закрепленного за ним имущества. Организационно-правовая форма Центра - государственное учреждение.

5. Республиканский центр медико-социальной экспертизы при Министерстве социального развития Кыргызской Республики является правопреемником Центра медико-социальной экспертизы лиц с ограниченными возможностями здоровья при Министерстве социального развития Кыргызской Республики.

6. Центр имеет печать с изображением Государственного герба Кыргызской Республики, свое наименование на государственном и официальном языках, самостоятельный баланс, расчетный (в том числе валютный) счет в Центральном казначействе Министерства финансов Кыргызской Республики. Центр вправе открывать новые счета в учреждениях банков в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Полное официальное наименование Центра:

на государственном языке - Кыргыз Республикасынын Социалдык өнүгүү министрлигинин алдындагы Республикалык медициналык-социалдык экспертизалоо борбору;

на официальном языке - Республиканский центр медико-социальной экспертизы при Министерстве социального развития Кыргызской Республики.

Сокращенное наименование Центра:

на государственном языке: «Республикалык МСЭ борбору»;

на официальном языке: «Республиканский центр МСЭ».

7. Юридический адрес Центра: город Бишкек, ул.Боконбаева, 144 А.

8. Заключение Центра по вопросам экспертизы и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья является обязательным для исполнения учреждениями, предприятиями, организациями, независимо от форм собственности.

II. Цель и задачи Центра

9. Целью Центра является обеспечение своевременной и качественной медико-социальной экспертизой, оценка трудоспособности и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

10. Задачами Центра являются:

- установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности и определение потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Ограничения жизнедеятельности - это трудности в осуществлении активности, которые испытывает человек, преодолевая индивидуальные нарушения работы структуры и функций организма;

- оценка степени утраты профессиональной трудоспособности освидетельствуемого лица для выбора профессии, совместимой с состоянием здоровья, и приспособление рабочего места для конкретного лица с ограниченными возможностями здоровья;

- совершенствование качества медико-социальной экспертизы.

III. Функции Центра

11. Центр осуществляет следующие функции:

- обеспечивает равные возможности при прохождении всеми гражданами республики освидетельствования для установления инвалидности, оценивая не только состояние здоровья, но и психологическое и социальное благополучие человека, а также определения в установленном порядке потребностей в различных мерах социальной защиты;

- рассматривает жалобы граждан, проходящих освидетельствование и не согласных с решением межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссий, в случае признания их обоснованными, изменяет либо отменяет эти решения;

- проводит освидетельствование граждан, обжаловавших решения межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссий, или по их направлению в случаях, требующих консультации высокопрофессиональных специалистов, применения особо сложных специальных видов обследования и консультативного заключения Центра;

- проводит по собственной инициативе повторное (контроль) освидетельствование граждан, прошедших освидетельствование в межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссиях, и при наличии достаточных оснований изменяет либо отменяет их решения;

- в случае проведения освидетельствования:

а) устанавливает факт наличия инвалидности, причины, срок и время наступления инвалидности;

б) определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

в) определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, а также в дополнительных видах помощи;

- проводит научные исследования в установленной сфере деятельности;

- осуществляет мероприятия по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации специалистов в области медико-социальной экспертизы;

- оказывает методологическую и организационно-методическую помощь межрайонным и городским медико-социальным экспертным комиссиям, обеспечивает единообразное применение законодательства Кыргызской Республики в области медико-социальной экспертизы и социальной защиты инвалидов в установленной сфере деятельности;

- формирует электронную базу данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- принимает участие в изучении причин факторов, приводящих к инвалидности, и вносит предложения по разработке и реализации программ, направленных на снижение уровня инвалидизации среди населения;

- вносит предложения в Министерство социального развития Кыргызской Республики о внедрении в практическую деятельность службы медико-социальной экспертизы результатов научных разработок, новых технологий экспертно-реабилитационной диагностики, а также передового опыта Центра;

- вносит предложения в Министерство социального развития Кыргызской Республики по формированию государственного заказа на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по медико-социальной экспертизе;

- осуществляет мероприятия по оказанию содействия в прохождении комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, включая медицинскую реабилитацию и оказание лечебно-профилактической специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;

- осуществляет свою деятельность во взаимодействии с территориальными органами социальной защиты, организациями здравоохранения, службами занятости, органами местного самоуправления, учебными заведениями, организациями, осуществляющими деятельность в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- проводит конференции, семинары, лекции по направлениям деятельности Центра для лечебно-профилактических организаций здравоохранения;

- координирует и контролирует деятельность межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссий;

- вносит на рассмотрение коллегии Министерства социального развития Кыргызской Республики вопросы, касающиеся медико-социальной экспертизы лиц с ограниченными возможностями здоровья.

*(В редакции постановления Правительства КР от*[*4 июля 2014 года № 372*](http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/96629?cl=ru-ru)*)*

IV. Права Центра

12. Центр имеет следующие права:

- получать от органов и учреждений здравоохранения, администрации предприятий и других органов сведения, необходимые для работы комиссий и принятия медико-социального экспертного решения;

- направлять лиц, проходящих освидетельствование, в лечебно-профилактические учреждения для уточнения диагноза и восстановительного лечения, а также в центры медико-социальной реабилитации;

- требовать в письменной форме от организаций здравоохранения надлежащего оформления медицинских документов, направляемых в межрайонные и городские медико-социальные экспертные комиссии, контролировать их достоверность и объективность путем перепроверки;

- посещать в установленном порядке предприятия, учреждения и организации, независимо от форм собственности, осматривать места производства работ, производственные и служебные помещения для оценки и приспособления рабочего места конкретному лицу с ограниченными возможностями здоровья;

- знакомиться с отчетами, статистическими и другими материалами по вопросам, относящимся к деятельности медико-социальных комиссий;

- принимать активное участие в контроле за улучшением социального положения лиц с ограниченными возможностями здоровья и получением ими социальных льгот;

- предоставлять материалы в правоохранительные органы для административного и экономического воздействия на должностных лиц предприятий, организаций, ущемляющих права лиц с ограниченными возможностями здоровья, не выполняющих индивидуальные программы реабилитации, в том числе рекомендованный характер трудоустройства;

- заключать договоры с предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами по вопросам деятельности Центра;

- участвовать в заседаниях экспертных советов межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссий.

V. Организация деятельности Центра

13. Центр создается при Министерстве социального развития Кыргызской Республики.

14. Вышестоящим органом Центра является Министерство социального развития Кыргызской Республики.

15. Центр возглавляет директор, имеющий высшее медицинское образование, стаж работы в организации здравоохранения, включая работу в организациях медико-социальной экспертизы, не менее 10 лет; назначаемый на должность и освобождаемый от должности Премьер-министром Кыргызской Республики по представлению министра социального развития Кыргызской Республики.

16. Директор Центра:

- осуществляет общее руководство, организовывает и обеспечивает своевременное и качественное выполнение работы всех подразделений Центра;

- назначает на должность и освобождает от должности председателей и работников межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссий, а также работников центрального аппарата Центра;

- в рамках компетенции принимает меры взыскания и поощрения председателей и работников межрайонных и городских медико-социальных экспертных комиссий, а также работников центрального аппарата в соответствии с трудовым законодательством Кыргызской Республики;

- издает приказы по вопросам деятельности Центра;

- представляет к награждению государственными и ведомственными наградами работников Центра за достижения в работе и проявление инициативы;

- распоряжается средствами и управляет имуществом Центра в установленном порядке;

- обеспечивает соблюдение работниками Центра правил внутреннего распорядка;

- представляет Центр во всех организациях, судебных и иных инстанциях;

- утверждает функциональные обязанности работников Центра;

- утверждает экспертную комиссию из числа опытных врачей-экспертов, рассматривающую спорные (несогласие лица с ограниченными возможностями здоровья с решением комиссии) и сложные случаи освидетельствования, требующие необходимые консультации высокопрофессиональных специалистов и применение специальных видов обследования;

- утверждает планы работы и графики отпусков работников Центра.

17. Центр размещается в помещениях лечебно-профилактических и учебных учреждений организаций здравоохранения или в помещениях, предоставляемых органами местного самоуправления, без взимания арендной платы, в которых имеются необходимые условия для работы межрайонных и городских бюро медико-социальной экспертизы.

18. Председателем территориальной (межрайонной и городской) медико-социальной экспертной комиссии назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и стаж работы по специальности не менее 7 лет.

Председатель территориальной (межрайонной и городской) медико-социальной экспертной комиссии назначается только на один трехлетний срок.

*(В редакции постановления Правительства КР от*[*4 июля 2014 года № 372*](http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/96629?cl=ru-ru)*)*

19. Центр в своей деятельности использует формы первичных учетно-отчетных документов и бланков строгой отчетности, утвержденных в установленном порядке.

VI. Финансирование Центра

20. Финансирование Центра осуществляется за счет средств республиканского бюджета и внебюджетных поступлений; спонсорской помощи, грантов, добровольных взносов юридических и физических лиц, а также других источников, не противоречащих законодательству Кыргызской Республики.

21. Центр ведет бухгалтерский учет и статистическую отчетность в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

22. Условия оплаты труда работников Центра устанавливаются Правительством Кыргызской Республики.

VII. Реорганизация и ликвидация Центра

23. Деятельность Центра может быть прекращена в случае его реорганизации или ликвидации в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

24. При ликвидации Центра документы хранятся и используются в соответствии с [Законом](http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/288?cl=ru-ru) Кыргызской Республики «О Национальном архивном фонде».

**Положение об учреждениях медико-социальной экспертизы в Кыргызской Республике**

**I. Общие положения**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность учреждений медико-социальной экспертизы, создаваемых в соответствии с Законом Кыргызской Республики "О социальной защите инвалидов в Кыргызской Республике" и определяет цели и задачи, организационную структуру и порядок работы.

2. Медико-социальную экспертизу осуществляют медико-социальные экспертные комиссии (далее - МСЭК). МСЭК проводят свою работу по территориальному принципу и в своей деятельности руководствуются Законами Кыргызской Республики, указами и распоряжениями Президента Кыргызской Республики, постановлениями и распоряжениями Правительства Кыргызской Республики, постановлениями и приказами Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики, настоящим Положением и иными нормативными правовыми актами.

3. Служба медико-социальной экспертизы является самостоятельным структурным подразделением Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики и имеет единую централизованную систему управления.

4. МСЭК является юридическим лицом с организационно-правовой формой "государственное учреждение" на правах оперативного управления. МСЭК всех уровней имеют штамп и печать. Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов имеет печать с изображением Государственного герба Кыргызской Республики со своим наименованием на государственном и русском языках. Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики имеет самостоятельный баланс, расчетный (в том числе валютный) счет в учреждениях банков.

**II. Задачи и функции медико-социальных экспертных комиссий**

5. Основные задачи и функции медико-социальной экспертной комиссии (первичного, среднего звена):

- проведение экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности, установление факта наличия инвалидности, определение группы инвалидности, причин (обстоятельств и условий возникновения), сроков и времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;

- определение нуждаемости инвалидов в дополнительных видах помощи (пострадавшим от трудового увечья), технических средствах реабилитации, медицинской и профессиональной реабилитации;

- определение для инвалидов условий и видов труда, работы и профессий, доступных состоянию их здоровья, и также условий и методов, при помощи которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена;

- установление степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) лицам, получившим увечье или иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей, и необходимость осуществления дополнительных мер социальной защиты;

- определение потребности инвалидов во вспомогательных средствах передвижения (кресла-коляски, велоколяски);

- по направлению органов социальной защиты:

проведение посмертной экспертизы;

установление инвалидности за прошлое время;

- проверка правильности использования труда инвалидов на работе в соответствии с рекомендациями МСЭК;

- оказание содействия инвалидам в получении равных возможностей жизни, учебы и трудовой деятельности в пределах функциональных обязанностей;

- оказание консультативной помощи врачам лечебно-профилактических учреждений по вопросам МСЭ, в том числе консультативное освидетельствование инвалидов и больных;

- участие в разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов и контроль за их реализацией;

- изучение состояния и причин инвалидности в зоне обслуживания и представление отчетов в вышестоящие МСЭК, учреждения здравоохранения республики о состоянии и причинах инвалидности;

- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности совместно с органами здравоохранения и нанимателями.

6. Основными задачами и функциями Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов являются:

- методическое и организационное руководство подведомственных МСЭК;

- осуществление мероприятий по повышению квалификации врачей-экспертов МСЭК республики (стажировка на рабочем месте, семинары, научно-практические конференции и др.);

- укомплектование МСЭК квалифицированными кадрами;

- обеспечение качества, законности, научной обоснованности медико-социальной экспертизы в республике, внедрение достижений науки в деятельность МСЭК;

- контроль за деятельностью и качеством экспертизы подведомственных МСЭК, проверка правильности и обоснованности экспертных решений (путем очного переосвидетельствования, изучения делопроизводства), проведение работы по выявленным случаям экспертных ошибок, разработка мер по предупреждению и устранению ошибок;

- проведение медико-социальной экспертизы граждан по направлениям подведомственных МСЭК;

- проведение медико-социальной экспертизы лиц, обжаловавших решение подведомственных МСЭК;

- рассмотрение писем, жалоб и заявлений по вопросам МСЭК, изучение их причин;

- освидетельствование и переосвидетельствование отдельных контингентов населения: участников ликвидации аварии на ЧАЭС, лиц, получивших трудовое увечье, профессиональное заболевание и другие;

- в случаях необоснованности решений подведомственных МСЭК внесение изменений в эти решения или их отмена;

- по направлению органов социальной защиты:

проведение посмертной экспертизы;

установление инвалидности за прошлое время;

- определение потребности в специальных транспортных средствах инвалидам Великой Отечественной войны;

- оказание консультативной помощи подведомственным МСЭК, а в сложных случаях - проведение экспертизы с выездом на место;

- обеспечение подведомственных МСЭК бланками документов, необходимыми для их деятельности;

- оказание содействия подведомственным МСЭК в их размещении и оснащении;

- участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной защиты инвалидов;

- обобщение опыта работы по экспертизе трудоспособности подведомственных МСЭК;

- осуществление мониторинга за состоянием, динамикой инвалидности и факторов, к ней приводящих;

- формирование банка данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществление государственного статистического наблюдения за демографическим составом инвалидов;

- регулярное представление информации Министерству труда и социальной защиты, а через него в другие министерства и ведомства;

- составление, обобщение годовых статистических отчетов, ежегодных сборников основных показателей инвалидности и деятельности МСЭК по республике, издание информационно-методических обзоров, методических писем по различным вопросам МСЭ, анализ работы МСЭК, при необходимости внесение материалов на рассмотрение коллегии Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики.

**III. Права медико-социальных экспертных комиссий**

7. Медико-социальная экспертная комиссия (первичное, среднее звено) имеет право:

- осуществлять деятельность в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

- направлять лиц, проходящих освидетельствование, в лечебно-профилактические учреждения здравоохранения с целью уточнения их клинико-функционального диагноза и для проведения восстановительного лечения;

- запрашивать и получать от государственных органов управления, лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, работодателей, независимо от форм собственности, их хозяйственной деятельности и ведомственной принадлежности, сведения, необходимые для проведения экспертизы, в том числе данные о характере и условиях труда лиц, проходящих освидетельствование;

- посещать работодателей, независимо от формы собственности, их хозяйственной деятельности и ведомственной принадлежности, знакомиться с производственными процессами и рабочими местами, изучать правильность трудоустройства инвалидов и выполнения рекомендаций по трудоустройству и возможности трудоустройства инвалидов, знакомиться с отчетами, статистическими и другими материалами по вопросам, касающимся реабилитации инвалидов;

- требовать от лечебно-профилактических учреждений здравоохранения качественного оформления медицинских документов, направляемых в МСЭК, контролировать их объективность;

- проводить контрольные освидетельствования инвалидов для динамического наблюдения за выполнением мероприятий, предусмотренных индивидуальными программами реабилитации инвалидов;

- вносить в органы государственного управления, Министерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики предложения по улучшению работы МСЭК, профилактике инвалидности, реабилитации и трудоустройству инвалидов;

- приглашать на заседание МСЭК представителей лечебно-профилактических учреждений, профсоюзов, работодателей, независимо от их форм собственности;

- изучать совместно с учреждениями здравоохранения работу лечебно-профилактических учреждений по профилактике инвалидности и проведению реабилитационных мероприятий и выносить вопросы на рассмотрение совместных заседаний коллегии Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;

- обращаться в компетентные соответствующие государственные органы по фактам бездействия работодателей, не выполняющих рекомендации МСЭК по профилактике инвалидности и реабилитации инвалидов;

- освещать вопросы медико-социальной экспертизы в средствах массовой информации;

- оказывать платную консультативную помощь по вопросам МСЭК юридическим лицам.

8. Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов имеет право:

- осуществлять с согласия Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики организацию, реорганизацию и ликвидацию подведомственных МСЭК;

- поощрять либо налагать дисциплинарные взыскания на работников МСЭК республики, а также ходатайствовать перед Министерством труда и социальной защиты об их поощрении или дисциплинарном взыскании согласно трудовому законодательству Кыргызской Республики;

- заключать договоры с предприятиями по освидетельствованию работников предприятий и получать от предприятий спонсорскую помощь;

- рассматривать различные вопросы по медико-социальной экспертизе;

- совместно с Министерством труда и социальной защиты Кыргызской Республики проводить аттестацию врачей-экспертов и среднего медицинского персонала МСЭК на соответствие занимаемой должности;

- совместно с Министерством труда и социальной защиты Кыргызской Республики, Министерством здравоохранения Кыргызской Республики организовывать аттестацию врачей-экспертов и среднего медицинского персонала МСЭК на присвоение квалификационной категории;

- осуществлять заочный, а при необходимости, очный контроль над освидетельствованием ответственных работников, врачей, сотрудников МВД и СНБ Кыргызской Республики;

- освещать вопросы медико-социальной экспертизы в средствах массовой информации;

- оказывать платную консультативную помощь по вопросам МСЭК юридическим лицам.

**IV. Организация и состав медико-социальной экспертной комиссии**

9. МСЭК создаются и ликвидируются в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики, постановлением Правительства Кыргызской Республики.

10. Финансирование МСЭК осуществляется из средств республиканского бюджета. Условия оплаты труда работников МСЭК устанавливаются применительно к условиям оплаты труда работников управленческих структур государственных органов Кыргызской Республики.

11. Вышестоящим органом управления МСЭК является учредительМинистерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики.

Министерство труда и социальной защиты принимает меры по совершенствованию материальной базы МСЭК, обеспечению их помещениями, медоборудованием, автотранспортом, горюче-смазочными материалами, электроэнергией, отоплением и т.д.

К исключительной компетенции учредителя относятся следующие вопросы:

- утверждение положения Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

- назначение и освобождение директора, главного бухгалтера Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, утверждение председателей областных МСЭК по представлению директора Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;

- утверждение структуры, штатного расписания и сметы расходов в пределах бюджетных ассигнований;

- определение главных направлений, а также рассмотрение и утверждение программ и планов деятельности Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

12. В службу МСЭ входят:

а) высшее звено - Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики;

б) среднее звено - межрегиональные, областные и межобластные МСЭК;

г) первичное звено - межрайонные общего профиля, специализированные МСЭК.

13. Общее руководство МСЭК осуществляет Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства труда и социальной защиты.

14. На директора Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов возлагается обязанность Главного эксперта республики.

На председателей областных МСЭК возлагаются обязанности главных экспертов областей.

15. Председатели специализированных межрегиональных (психиатрических, глазной, фтизиатрической), областных специализированных (психиатрических), межобластных (кардио-офтальмологической, фтизиатрической), межрайонных МСЭК назначаются и освобождаются от занимаемой должности директором Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

16. В зависимости от уровня структуры заболеваемости и инвалидности образуются следующие экспертные комиссии: общего профиля, специализированного профиля для освидетельствования больных туберкулезом, лиц с психическими расстройствами, заболеваниями органов зрения, болезнями органов кровообращения и смешанного профиля. Для проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 16 лет могут образовываться педиатрические МСЭК.

17. Служба МСЭ образуется с учетом численности населения: межрайонные МСЭК создаются из расчета одна комиссия на 100-120 тысяч взрослого населения (в возрасте 16 лет и старше) или одна комиссия на 70-90 тысяч общего населения.

В порядке исключения, с учетом географических, демографических и других особенностей (плотность населения, отдаленность, уровень заболеваемости и инвалидности) постановлением Правительства Кыргызской Республики может создаваться комиссия из расчета на иную численность населения.

18. МСЭК, принимающие экспертное решение, состоят из 3-4 и более врачей-экспертов (терапевт, невропатолог, хирург, реабилитолог). Для проведения медико-социальной экспертизы лиц в возрасте до 16 лет в состав комиссий входят врачи-педиатры.

19. В комиссию специализированного профиля входят 2 врача, специальности которых соответствуют профилю комиссии, терапевт или невропатолог и реабилитолог (кроме психиатрических, офтальмологических и фтизиатрических, где в состав могут входить 3 врача - специалиста по основному профилю).

20. В штатный норматив Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов могут входить несколько составов специалистов, принимающих экспертное решение, группы специалистов по функциональной диагностике, профориентации и организации труда инвалидов, их социально-средовой ориентации, а также специалисты служб юридического консультирования и информационно-статистического обеспечения.

В состав специалистов Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, принимающих экспертное решение, входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации различного профиля (в зависимости от потребности в экспертно-реабилитационной диагностике), специалисты по социальной работе и психологи.

В случае необходимости при Центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов может быть создано стационарное отделение (диагностическое, реабилитационное).

21. Для решения медицинских, правовых и других вопросов в отдельных случаях привлекаются консультанты (психолог, юрист, другие специалисты) на платной основе.

22. В комиссиях предусматриваются должности старшей медицинской сестры, медицинского регистратора, санитарки, а в специализированных психиатрических комиссиях - должность санитара по надзору. При наличии транспорта - должность водителя.

23. На одном заседании МСЭК предусматривается освидетельствование больных и инвалидов общего профиля в количестве 12 человек, специализированного - 10 человек на основной базе.

На освидетельствование одного больного на дому или в стационаре в городе отводится 2 часа, в сельской местности - 3 часа.

24. Медико-социальные экспертные комиссии всех уровней работают по планам и графикам, утверждаемым руководителем вышестоящего звена.

25. МСЭК размещаются на базе лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, без внесения арендной платы, в которых имеются необходимые условия для всестороннего обследования больных (врачи разных специальностей, диагностические кабинеты, лаборатории).

Помещения, предоставляемые службам МСЭК Министерством здравоохранения, должны соответствовать санитарно-гигиеническим нормам. Для помещений МСЭК предусмотрены нормы: комната для ожидания24 квадратных метра, регистратура - 24 квадратных метра, архив - 24 квадратных метра, кабинет врачей-экспертов - 30 квадратных метров. В помещении должны быть созданы условия, необходимые для культурного обслуживания больных и инвалидов.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

26. МСЭК обеспечиваются специальным транспортом для освидетельствования тяжелобольных и инвалидов на дому, проведения выездных заседаний.

27. МСЭК осуществляют деятельность во взаимодействии с органами социальной защиты населения, учреждениями здравоохранения, службой занятости и другими органами и учреждениями, осуществляющими деятельность в сфере медико-социальной реабилитации инвалидов, а также с представителями общественных организаций, подразделениями Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики и другими организациями.

28. Решение об установлении инвалидности принимается коллегиально простым большинством голосов членов комиссии, проводивших медико-социальную экспертизу, при четном числе голосов председатель имеет право на два голоса. Решение МСЭК является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также нанимателями всех форм собственности.

29. МСЭК несут ответственность за выполнение возложенных на них задач в установленном законодательством Кыргызской Республики порядке.

30. Учреждения МСЭ в своей деятельности используют формы первичных учетно-отчетных документов и бланков строгой отчетности, утвержденных в установленном порядке.

**V. Имущество учреждений**

31. МСЭК в целях обеспечения реализации возложенных на нее задач обладает имуществом, закрепленным за ней в установленном порядке собственником или уполномоченным им органом.

32. МСЭК несет ответственность за сохранность и эффективное использование по назначению закрепленного за ней имущества.

33. МСЭК собственником или уполномоченным им органом предоставляются в соответствии с установленными нормативами помещения (преимущественно на базе лечебно-профилактических учреждений здравоохранения), позволяющие обеспечить свободный доступ к ним инвалидов, отвечающие санитарно-гигиеническим, противопожарным требованиям и требованиям техники безопасности, а также оборудование, транспортные средства.

**VI. Прекращение деятельности МСЭК**

34. Деятельность МСЭК может быть прекращена в случае их реорганизации или ликвидации в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

35. Реорганизация влечет переход прав и обязанностей к правопреемнику.

36. Оставшееся имущество после расчетов с кредиторами и бюджетом передается учредителю.

37. В случае ликвидации документы хранятся и используются в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

**Утверждены постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 декабря 2002 года №915**

**Перечень медицинских показаний, дающих право на получение ежемесячного пособия на детей-инвалидов до достижения ими восемнадцати лет**

**Основные понятия**

К категории детей-инвалидов относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля над своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем. При этом учитываются характер и прогноз течения основного заболевания, последствия которого явились причиной инвалидности ребенка, характер и степень тяжести ограничений жизнедеятельности, свойственные возрасту ребенка, состояние компенсаторных механизмов, направленных на восстановление нарушенных функций, возможность социальной адаптации и удовлетворения потребности в различных видах и формах медико-социальной помощи.

**Нарушение состояния здоровья**

Нарушение состояния здоровья - любая потеря или аномалия психической, физиологической или анатомической структуры и функции.

В понятие "нарушение" входят наличие или появление аномалии, дефект или потеря конечности, органа, ткани или других частей тела, дефект в функционировании системы или механизма тела, включающего систему умственной деятельности.

"Умственные нарушения" - умственная отсталость. Умственная отсталость может быть легкой, средней, тяжелой степени, глубокая умственная отсталость, другие нарушения интеллекта.

"Другие психологические нарушения" - нарушения норм поведения, эмоциональных реакций, восприятия и внимания, сознания.

"Языковые и речевые" - нарушения письменного и устного языка, обучения письменному и устному языку, нарушения голоса, артикуляции, ведущие к тяжелому нарушению коммуникации.

"Слуховые и вестибулярные" - нарушения развития слуха и потери слуха, нарушения мозжечковой функции и равновесия, шум в ушах.

"Зрительные" - снижение остроты зрения, нарушение поля зрения, других зрительных функций.

"Висцеральные и метаболические расстройства питания" - нарушения функции и аномалии кардиореспираторной, пищеварительной систем, печени, мочеполовой системы, нарушения крови и иммунной системы, метаболической и ферментной функции.

"Двигательные" - двигательные нарушения головы, туловища, конечностей. Учитываются отсутствие, нарушения произвольной подвижности, мышечной силы конечностей.

"Уродующие" - уродующие нарушения лица, головы, туловища, наружных половых органов, нарушения, возникающие вследствие заболеваний кожи и подкожной клетчатки, аномальные отверстия пищеварительного тракта.

"Общие и генерализованные" - нарушения, связанные с причинами общего характера (общие нарушения). Включают изменения размеров, массы тела, нарушения чувствительности, хроническую боль, чрезмерную подверженность травмам, чрезмерную чувствительность к токсическим и медицинским веществам, другие генерализованные нарушения различного происхождения.

При наличии множественных нарушений следует выделить основное.

**Ограничение жизнедеятельности**

"Ограничение жизнедеятельности" - любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для ребенка данного возраста. Если нарушение затрагивает функции отдельных частей организма, то ограничение жизнедеятельности относится к сложным или интегрированным видам деятельности, обычным для организма в целом, таким, как выполнение заданий, владение навыками, поведение, оно является объективизацией нарушения и в этом качестве отражает расстройство на уровне личности. Это понятие характеризуется чрезмерностью и недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, что может быть временным или постоянным, обратимым или необратимым, а также прогрессирующим или регрессивным. Ограничение жизнедеятельности может возникать как прямое следствие нарушения или как реакция ребенка, особенно психологическая, на физическое, сенсорное или другое нарушение.

"Адекватное поведение" - нарушение включает снижение способности осознания, т.е. неадекватная интерпретация и реакция на внешние события. Снижение способности ориентироваться во времени и пространстве (память), снижение способности к приобретению знаний.

"Общение с окружающими" - нарушение включает снижение способности понимать речь, разговаривать (говорить), слушать (слышать).

"Совершение движений" - нарушение включает снижение способности ходить, преодолевать препятствия, перемещаться (вставать, ложиться, садиться, менять положение в постели), вставать на колени или низко нагибаться, поддерживать позу.

"Действие руками" - нарушение включает снижение способности ощупывать, захватывать и удерживать предмет.

"Владение телом" - нарушение включает снижение способности пользоваться транспортом, регулировать окружающую среду (закрывать окна, двери, засовы и замки; пользоваться спичками, кранами, домашними приборами и т.д.)

"Самообслуживание" - нарушение включает снижение способности контролировать физиологические отправления, соблюдать личную гигиену (в том числе одеваться), принимать пищу.

**Ограничения жизнедеятельности по степеням**

При наличии множественных ограничений жизнедеятельности следует выделить основное.

В отношении каждого имеющегося ограничения жизнедеятельности необходимо определить степень его тяжести в соответствии со следующей шкалой.

I. Легкая степень - включает незначительные ограничения и трудности в деятельности или деятельность с помощью вспомогательных средств (очки, слуховой аппарат и т.п.)

II. Умеренная степень - включает значительные ограничения и трудности в деятельности или деятельность при помощи других лиц (зависимая деятельность).

III. Тяжелая степень - включает нарастающую или полную неспособность выполнять определенные действия, постоянную зависимость от вспомогательных устройств или возможность существовать только в специально приспособленном окружении.

При оценке всех аспектов ограничений жизненных функций, имеющихся у ребенка, не учитываются ограничения деятельности, связанные с возрастными возможностями ребенка.

**Оценка прогноза**

Оценка прогноза отражает возможное течение состояния ограничения жизнедеятельности ребенка.

"Возможное выздоровление" - включает ограничение жизнедеятельности, которое уменьшается, и ожидается выздоровление без конечных ограничений в жизнедеятельности.

"Возможно улучшение" - ограничение жизнедеятельности имеет место, но оно уменьшается, в результате ожидается остаточное ограничение жизнедеятельности.

"Стабильное состояние" - ограничение жизнедеятельности является устойчивым и нет перспективы на изменение.

"Неблагоприятный прогноз" - остается нарастающее ограничение жизнедеятельности, несмотря на принимаемые меры.

"Неопределенный прогноз" - на данном этапе динамику ограничения жизнедеятельности невозможно определить.

**Социальная недостаточность**

Социальная недостаточность вытекает из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при которой ребенок может выполнять лишь ограниченно или не может выполнять совсем обычную для его положения роль в жизни и обществе в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения.

1. Ограничение физической независимости - неспособность вести независимое от других лиц существование, соответствующее возрасту ребенка.

2. Ограничение подвижности - ограничение способности ребенка перемещаться во времени и пространстве, может колебаться от непостоянных ограничений до полной неподвижности.

3. Ограничение заниматься обычной деятельностью - ограничение способности ребенка занимать свое время общепринятым способом, обычным для данного пола, возраста и культуры.

4. Ограничение способности к получению образования - может быть связано с длительным пребыванием в больнице, сокращенным учебным планом, необходимостью использования вспомогательных средств и невозможностью образования.

5. Ограничение способности к профессиональной деятельности в будущем - когда тяжелые умственные и физические нарушения у детей могут существенно сужать круг доступных им в будущем профессий или вообще исключать возможность профессиональной деятельности.

6. Ограничение способности к интеграции в общество - ограничение участия во всех видах повседневной активности наравне со сверстниками вследствие нарушений личности или ограничения способности адекватно вести себя; отставание в физическом, психическом и социальном развитии, в том числе вследствие изоляции в специализированных интернатных учреждениях; отсутствие социальной поддержки в семье и среди сверстников.

**Медицинские показания, дающие право на получение ежемесячного пособия на детей-инвалидов до достижения ими возраста восемнадцати лет**

**I. Патологические состояния, дающие право на установление инвалидности на срок от 6 месяцев до 2 лет**

1. Выраженные двигательные, психические, речевые нарушения после черепно-мозговых травм, нейроинфекций.

2. Состояния, требующие длительной восстановительной и реабилитационной терапии.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

3. Стойкое выраженное нарушение функции почек, высокая степень активности патологического процесса в почечной ткани.

4. Патологические состояния, возникающие при геморрагическом васкулите с длительностью его течения более 2 месяцев.

5. Осложненное течение язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, дисфункциональные маточные кровотечения на фоне коагулопатий и тромбоцитопатий.

6. Патологические состояния, обусловленные диффузным поражением соединительной ткани, с высокой степенью активности процесса более 3 месяцев.

7. Патологические состояния, обусловленные длительным применением сильнодействующих препаратов, назначаемых по жизненным показаниям, длительностью более 3 месяцев, требующие терапевтической коррекции (выраженные обменные, иммунные, сосудистые поражения, изменения формулы крови и др.).

8. Распространенный или сочетанный туберкулез органов дыхания или внелегочной локализации с выраженными функциональными нарушениями, требующий длительного лечения, состояния после оперативного вмешательства с временными функциональными нарушениями со стороны органов дыхания.

9. Дети в возрасте до 2-х лет, которым установлен диагноз ВИЧ/СПИД.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

**II. Патологические состояния, дающие право на установление инвалидности на срок от 2 лет до 5 лет**

**А. Дающие право на установление инвалидности сроком на 2 года**

**1. Поражения нервной системы и психические расстройства**

1.1 Стойкие умеренно выраженные двигательные нарушения (парезы конечностей, генерализованные гиперкинезы, нарушения координации и т.д.), сочетающиеся с нарушениями речи, зрения, слуха или без них.

1.2 Стойкие речевые расстройства: алалия, афазия, некомпенсирующаяся форма, тяжелая степень дизартрии и заикания.

1.3 Выраженные расстройства функции тазовых органов, обусловленные поражением спинного мозга.

1.4 Стойкие терапевтически резистентные эпилептиформные состояния (1 и более больших припадков в месяц) или частые малые или бессудорожные припадки (2-3 раза в неделю).

1.5 Затяжные психотические состояния, продолжительностью 6 месяцев и более.

1.6 Легкая умственная отсталость, соответствующая степени легкой и умеренной дебильности в сочетании с нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, функций других органов, систем или патологических форм поведения; легкая умственная отсталость, соответствующая степени выраженной дебильности, без других нарушений.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

1.7 Патология поведения, нарушения эмоционально-волевой сферы, приводящие к стойкой социальной дезадаптации.

1.8 Деменция при уточненных заболеваниях и неясного генеза, соответствующая легкой умственной отсталости.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

1.9 Выраженные органические расстройства личности любого генеза.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

**2. Поражения анализаторных систем**

2.1 Стойкое снижение остроты зрения до 0,2 (с коррекцией) в лучше видящем глазу или сужение поля зрения в лучше видящем глазу до 25 градусов от точки фиксации во всех направлениях.

2.2 Отсутствие слуховой функции (тугоухость III-IV ст.)

**3. Поражения внутренних органов и систем**

3.1 Невозможность самостоятельного дыхания без трахеотомической трубки при врожденных и приобретенных заболеваниях гортани и трахеи.

3.2 Тяжелое течение бронхиальной астмы.

3.3 Стойкое выраженное нарушение функции пищеварения и/или функции печени при заболеваниях и пороках развития желудочно-кишечного тракта, печени и/или желчевыводящих путей.

3.4 Застойная сердечная недостаточность II-III степени с благоприятным клиническим прогнозом, наличием реабилитационного потенциала.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

3.5 Обширные поражения кожного покрова и/или слизистой оболочки (изъязвления, эритродермия, выраженный зуд, рубцовые изменения, папилломатоз и др.), приводящие к резкому ограничению физической активности и к социальной дезадаптации.

3.6 Анемические кризы чаще 1 раза в год со снижением гемоглобина менее 100 г/л при врожденных и наследственных заболеваниях крови.

3.7 Выраженное нарушение функции и/или косметический дефект вследствие доброкачественного новообразования.

3.8 Врожденные, наследственные или приобретенные заболевания и синдромы, приводящие к частичному нарушению жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

Б. Дающие право на установление инвалидности сроком на 5 лет

1. Врожденные, наследственные болезни обмена веществ, требующие специальной диеты (фенилкетонурия, целиакия и др.), с момента установления диагноза до прекращения специальной диеты.

2. Острый лейкоз, лимфогранулематоз.

3. Злокачественные новообразования после хирургического и других видов лечения любой локализации, независимо от стадии опухолевого процесса.

4. Оперированная гидроцефалия.

5. Состояние после хирургического лечения туберкулеза органов дыхания, костей, суставов, мочевыделительной системы, органов брюшной полости со стойкими функциональными нарушениями.

6. Ортопедические и хирургические заболевания:

6.1. Выраженные обширные деструкции костной ткани (остеопороз, хрящевые включения), патологические изменения мышц (миофиброз, диффузный кальциноз), приводящие к деформации костей и мышц, повторным патологическим переломам, функциональной недостаточности суставов II-III ст.

6.2. Нарушения функции опорно-двигательного аппарата за счет деформации позвоночника и грудной клетки III-IV ст., контрактур и анкилозов суставов одной или более конечностей, ложных суставов крупных костей.

6.3. Нарушения функции конечностей за счет врожденной аномалии одной конечности или ее сегмента, мутиляции, контрактуры, синдактилии, артропатии и др.

6.4. Нарушения функции дыхания, жевания, глотания, речи при врожденных пороках развития лица и частичной или полной аплазией органов, приобретенных дефектах и деформациях мягких тканей и лицевого скелета.

6.5. Стойкое недержание мочи и кала, кишечные мочевые и мочеполовые свищи, не поддающиеся хирургической коррекции или не подлежащие хирургическому лечению.

7. Сочетанная врожденная патология с выраженными нарушениями зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

8. Часто рецидивирующие воспалительные процессы переднего и заднего отдела глазного яблока, плохо поддающиеся лечению.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

9. Умственная отсталость или слабоумие любого генеза, соответствующие степени умеренной умственной отсталости.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

10. Стойкие выраженные двигательные нарушения (парезы конечностей, генерализованные гиперкинезы, нарушения координации и т.д.).

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

**III. Патологические состояния, дающие право на установление инвалидности на срок до достижения 18-летнего возраста**

1. Стойкие выраженные параличи или глубокие парезы одной или более конечностей, стойкие генерализованные гиперкинезы (типа двойного атетоза, хореоатетоза), выраженное нарушение координации.

2. Стойкие терапевтически резистентные в течение 2 и более лет судороги.

3. Умственная отсталость или слабоумие любого генеза, соответствующие степени глубокой и тяжелой умственной отсталости.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

4. Поражение органа зрения при снижении остроты зрения до 0,2 (с коррекцией) в лучше видящем глазу или сужение поля зрения до 25 градусов от точки фиксации во всех направлениях. Отсутствие или слепота одного глаза.

5. Глухонемота, глухота (глухотой следует считать отсутствие восприятия громкой разговорной речи у ушной раковины).

6. Поражение бронхолегочной системы врожденного или наследственного характера (муковисцидоз, альвеолиты с хроническим течением и другие диссеминированные заболевания легких).

7. Стойкая дыхательная недостаточность II ст. и более при хронических бронхолегочных заболеваниях приобретенного или врожденного характера. Гормонозависимая бронхиальная астма.

8. Застойная сердечная недостаточность II-III ст. на фоне инкурабельных болезней сердца. Наличие имплантированного кардиостимулятора.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

9. Выраженное, стойкое, необратимое нарушение функции печени при врожденных, наследственных, приобретенных заболеваниях.

10. Хроническая почечная недостаточность. Злокачественная гипертония. Почечный несахарный диабет.

11. Инкурабельные злокачественные новообразования. Доброкачественные новообразования, не подлежащие хирургическому лечению, при нарушении функции органа.

12. Неустранимое постоянное недержание кала и мочи, каловые и мочеполовые свищи.

13. Патологические состояния, возникающие при отсутствии (врожденном или приобретенном) или выраженном недоразвитии важных органов или систем, приводящие к стойкому нарушению функций.

14. Выраженные стойкие необратимые нарушения функции опорно-двигательного аппарата:

а) культи одной и более конечностей независимо от уровня;

б) системное поражение скелета, приводящее к анкилозам, контрактурам, патологическим переломам, деформациям скелета; пороки развития опорно-двигательного аппарата при отсутствии возможности самостоятельных передвижений и самообслуживания.

15. Недостаточность функций желез внутренней секреции: сахарный диабет (инсулинозависимые формы); несахарный диабет (питуитрин-резистентная форма); болезнь Иценко-Кушинга; хроническая надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона, состояние после тотальной адреналэктомии, врожденная дисфункция коры надпочечников), гипофизарный нанизм, тяжелая форма врожденного и приобретенного гипотиреоза, гипопаратиреоз, ожирение IV ст.

16. Хронический лейкоз, лимфогранулематоз, гистеоцитоз.

17. Врожденные и приобретенные гипо- и апластические состояния кроветворения (гемоглобин ниже 100 г/л, тромбоциты ниже 100 тыс. в 1 куб. мм., лейкоциты менее 4 тысяч в 1 куб. мм.)

18. Тяжелые формы коагулопатий и тромбопатии. Хроническая тромбоцитопеническая пурпура при непрерывно рецидивирующем течении с тяжелыми геморрагическими кризами (с числом тромбоцитов в крови 50 тыс. и менее в 1 куб. мм.)

19. Врожденные иммунодефицитные состояния:

а) тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, агамма(гипогаммаглобулинемия), септический гранулематоз с рецидивирующим бактериальным поражением лимфоузлов, легких, печени, других органов;

б) синдром гипериммуноглобулинемии Е при сочетании рецидивирующих, преимущественно "холодных" абсцессов подкожной клетчатки, легких, печени и других органов с концентрациями иммуноглобулина Е в сыворотке выше 1000 КЕД/л.

20. Приобретенные иммунодефицитные состояния: развернутая картина ВИЧ-инфекции.

21. Костный дефект черепа.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

**Утверждены постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 декабря 2002 г. №915**

**Классификация и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы**

**Классификация**

**I. Основные понятия**

1. Инвалид - лицо, у которого наблюдается нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающих необходимость его социальной защиты.

2. Инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость социальной защиты.

3. Здоровье - состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

4. Нарушение здоровья - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, отклонением, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры или функций организма человека.

5. Ограничение жизнедеятельности - отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль над своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

6. Степень ограничения жизнедеятельности - величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

7. Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, ограничивающие жизнедеятельность человека и вызывающие необходимость его социальной защиты или помощи.

8. Социальная защита - система гарантированных государством постоянных или долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации), ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

9. Социальная помощь - периодические или регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

10. Социальная поддержка - одноразовые или кратковременного характера мероприятия при отсутствии признаков социальной недостаточности.

11. Реабилитация инвалидов - процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

12. Реабилитационный потенциал - комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовывать его потенциальные способности.

13. Реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

14. Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности - специфические санитарно-гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микро-социальные факторы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

15. Профессия - род трудовой деятельности, занятий человека, владеющего комплексом специальных знаний, умений и навыков, полученных путем образования, обучения. Основной профессией следует считать выполняемую работу наиболее высокой квалификации или работу, выполняемую более длительное время.

16. Специальность - вид профессиональной деятельности, усовершенствованной путем специальной подготовки; определенная область труда, знания.

17. Квалификация - уровень подготовленности, мастерства, степень годности к выполнению труда по определенной специальности или должности, определяемый разрядом, классом, званием или другими квалификационными категориями.

**II. Классификация нарушений основных функций организма человека**

1. Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, речи, эмоции, воли).

2. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).

3. Нарушения статодинамической функции.

4. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, нервной системы.

**III. Классификация основных категорий жизнедеятельности**

1. Способность к самообслуживанию - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

2. Способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

3. Способность к обучению - способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными и бытовыми).

4. Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

5. Способность к ориентации - способность определяться во времени и пространстве.

6. Способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

7. Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

**IV. Классификация нарушений функций организма по степени выраженности**

Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение четырех степеней нарушений:

I степень - незначительные нарушения функций;

II степень - умеренные нарушения функций;

III степень - выраженные нарушения функций;

IV степень - значительно выраженные нарушения функций.

V. Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности нарушений функций организма

Ограничение самообслуживания:

1 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) частично с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

Ограничение способности к самостоятельному передвижению:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств или с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к передвижению и полная зависимость от других лиц.

Ограничение способности к обучению:

1 степень - способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

2 степень - способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

3 степень - неспособность к обучению.

Ограничение способности к трудовой деятельности:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств или специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности.

Ограничение способности к ориентации:

1 степень - способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств;

2 степень - способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация).

Ограничение способности к общению:

1 степень - способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

2 степень - способность к общению с использованием вспомогательных средств или с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к общению.

Ограничение способности контролировать свое поведение:

1 степень - частичное снижение способности самостоятельно контролировать свое поведение;

2 степень - способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение.

**VI. Понятие медико-социальной экспертизы**

Медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица и мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разработанных и утвержденных в порядке, определяемом Правительством Кыргызской Республики.

Критерии для определения группы инвалидности

1. Критерием для определения первой группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, в результате нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени (неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц);

- способности к передвижению третьей степени (неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц);

- способности к ориентации третьей степени (неспособность к ориентации - дезориентация);

- способности к общению третьей степени (неспособность к общению);

- способности контроля над своим поведением третьей степени (неспособность контролировать свое поведение).

2. Критерием для определения второй группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, в результате нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени (способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц);

- способности к передвижению второй степени (способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц);

- способности к трудовой деятельности третьей, второй степени (неспособность к трудовой деятельности, способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц);

- способности к обучению третьей, второй степеней (неспособность к обучению, способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях);

- способности к ориентации второй степени (способность к ориентации, требующая помощи других лиц);

- способности к общению второй степени (способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц);

- способности контроля над своим поведением второй степени (способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц).

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть основанием для установления второй группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности, за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления второй группы инвалидности.

3. Критерием для определения третьей группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени (способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств);

- способности к передвижению первой степени (способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния);

- способности к обучению первой степени (способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса или с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

- способности к трудовой деятельности первой степени (способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии);

- способности к ориентации первой степени (способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств);

- способности к общению первой степени (способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации).

Ограничение способности к общению первой степени и способности к обучению первой степени может быть основанием для установления третьей группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

Отдельное нарушение функций малозначимо, но в комплексе они стойко ограничивают (в первой степени) такие категории жизнедеятельности, как способность к трудовой деятельности, способность к обучению.

Критерии установления инвалидности без срока переосвидетельствования

1) При невозможности устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида, вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности, вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма, неэффективности реабилитационных мероприятий, сроки наблюдения в медико-социальных экспертных комиссиях (далее - МСЭК) при второй группе - 6 лет, при третьей группе - 15 лет.

Для установления группы инвалидности без срока переосвидетельствования учитывается период наблюдения в МСЭК лиц, имевших инвалидность в возрасте до 18 лет по категории "ребенок-инвалид".

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

2) Согласно Перечню заболеваний ("Перечень заболеваний, при которых устанавливается группа инвалидности без срока переосвидетельствования").

3) Лицам, достигшим пенсионного возраста, согласно законодательству Кыргызской Республики.

4) Инвалидам, у которых срок переосвидетельствования наступает после достижения пенсионного возраста.

5) Инвалидам, определяемым в дома-интернаты.

6) Лицам, заболевание которых связано с ликвидацией последствий аварии на Чернобыльской АЭС, в случаях:

а) установления первой группы инвалидности;

б) участникам 1986-1987 годов, достигшим возраста выхода на пенсию по старости, согласно [Закону](http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=314) Кыргызской Республики "О социальной защите граждан Кыргызской Республики, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы" и [Закону](http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=274) Кыргызской Республики "О государственном пенсионном социальном страховании";

в) участникам 1988-1989 годов, достигшим возраста выхода на пенсию по старости, согласно Закону Кыргызской Республики "О социальной защите граждан Кыргызской Республики, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы" и Закону Кыргызской Республики "О государственном пенсионном социальном страховании".

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

**Перечень заболеваний, при которых устанавливается группа инвалидности без срока переосвидетельствования**

**I. Заболевания внутренних органов**

1. Гипертоническая болезнь III стадии с поражением органов-мишеней (с органическими изменениями со стороны центральной нервной системы, глазного дна, мышцы сердца, почек).

2. Коронарная недостаточность, резко выраженная у лиц, перенесших инфаркт миокарда, со значительными изменениями сердечной мышцы и нарушением кровообращения Н ПБ - III степени (ФК IV).

3. Пороки сердца (сужение левого атриовентрикулярного отверстия, пороки аортальных клапанов, комбинированные пороки) при наличии стойких нарушений кровообращения Н ПБ - III степени (ФК IV).

4. Заболевания сердца, кардиомиопатии с выраженной дилятацией полостей сердца, сопровождающиеся хронической недостаточностью кровообращения Н Б - III степени (ФК IV).

5. Хронические заболевания легких, сопровождающиеся стойкой дыхательной недостаточностью III степени и сердечной недостаточностью Н II степени.

6. Цирротический туберкулез легких. Диффузная интерстициальная болезнь легкого.

7. Хронические заболевания почек при наличии стойких выраженных явлений почечной недостаточности (отеки, изостенурия, повышение артериального давления, изменения глазного дна, повышение остаточного азота, креатинина крови). ХПН-терминальная стадия.

8. Цирроз печени с нарушением портального кровообращения (асцит).

9. Сахарный диабет - тяжелая форма при ацетонурии и склонности к коматозным состояниям. Инвалидам с детства с тяжелым течением сахарного диабета.

10. Злокачественные новообразования инкурабельные (при нарушении одного или нескольких видов жизнедеятельности, самообслуживания, передвижения), устанавливается I группа инвалидности.

11. Ревматоидный артрит с ФН III-IV ст.

12. Гипофизарный нанизм, остеохондропатия, остеохондродистрофия с низкорослостью (у мужчин 130 см., у женщин 110 см.)

Примечание: установление группы инвалидности без переосвидетельствования по п.1 - 11 допускается лишь при наблюдении за инвалидом в течение двух лет.

Переосвидетельствованию не подлежат в случае установления третьей группы по пункту 12.

**II. Нервно-психические заболевания**

1. Инфекционные заболевания центральной нервной системы с хроническим прогрессирующим течением: различные виды энцефалитов, энцефаломиелит, амиотрофический боковой склероз, рассеянный склероз со стойкими выраженными нарушениями двигательных, речевых, зрительных функций (паркинсонизм, параличи, афазия), с прогрессирующей водянкой головного мозга.

2. Прогрессивный паралич с выраженными явлениями слабоумия при отсутствии улучшения, несмотря на лечение.

3. Отдаленные стойкие последствия травматического повреждения головного мозга с резко выраженными двигательными нарушениями (гемиплегия или гемипарезы), с афазией, прогрессирующей водянкой головного мозга, с явлениями выраженного слабоумия.

Примечание. Последствия травматического повреждения головного мозга с наличием обширного костного дефекта размером более 3х1 см. или при меньших размерах дефекта, если ранение, травма в прошлом осложнялись внутричерепным гнойным процессом, а также больным с инородным телом в веществе мозга, с пульсацией вещества головного мозга (без переосвидетельствования устанавливается только третья группа инвалидности).

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

4. Отдаленные стойкие последствия травматического повреждения или заболеваний спинного мозга или конского хвоста с резко выраженными двигательными нарушениями (паралич или парапарез) и тяжелыми расстройствами функций тазовых органов.

5. Тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения при сосудистых заболеваниях головного мозга с гемиплегией или глубоким гемипарезом или психозом с прогрессирующим течением и явлениями слабоумия.

6. Эпилепсия при наличии частых (более четырех, документально подтвержденных) припадков и выраженного слабоумия.

7. Хронические прогрессирующие заболевания центральной нервной системы: миопатии, миотонии, дрожательный паралич в стадии резко выраженных нарушений двигательных функций.

8. Отдаленные необратимые последствия травматических повреждений периферических нервов: паралич кисти или верхней конечности, паралич нижней конечности, выраженный парез верхней или нижней конечности с трофическими нарушениями.

9. Неоперабельные новообразования головного и спинного мозга.

10. Исходное слабоумие после перенесенной шизофрении.

11. Выраженное органическое слабоумие любого генеза.

12. Олигофрения в степени имбецильности или идиотии.

13. Глухонемота, глухота с детства. Глухотой следует считать отсутствие восприятия громкой разговорной речи у ушной раковины (без переосвидетельствования устанавливается только III группа инвалидности).

Примечание. При заболеваниях, указанных в пп.1 и 3, устанавливается группа инвалидности без переосвидетельствования не только при сочетании всех перечисленных функциональных нарушений, но и при значительной выраженности любого из них.

При заболеваниях, указанных в пп.1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, установление группы инвалидности без переосвидетельствования допускается после наблюдения МСЭК за инвалидом в течение четырех лет.

При заболеваниях, указанных в пп.10, 12, 13, установление инвалидности без переосвидетельствования допускается при первичном освидетельствовании.

14. Легкая умственная отсталость, соответствующая степени выраженной дебильности, после наблюдения в МСЭК в течение четырех лет.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

**III. Хирургические заболевания, анатомические дефекты и деформации**

1. Дефекты и деформации верхней конечности:

- экзартикуляция правого плеча (устанавливается II группа инвалидности);

- культя правого плеча (устанавливается II группа инвалидности лицам тяжелого физического труда и женщинам);

- культи предплечья, отсутствие кисти, ложный сустав плеча или обеих костей предплечья, резко выраженная контрактура или анкилоз локтевого сустава в функционально невыгодном положении - под углом менее 60 градусов или более 150 градусов или при фиксации предплечья в положении крайней пронации или крайней супинации;

- болтающийся плечевой или локтевой сустав после резекции;

- отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый; трех пальцев кисти, включая первый; анкилоз или резко выраженная контрактура этих же пальцев в функционально невыгодном положении; отсутствие первого и второго пальцев или трех пальцев с соответствующими пястными костями; отсутствие первых пальцев обеих кистей.

2. Дефекты и деформации нижней конечности:

- культи бедра или голени на различных уровнях (экзартикуляция бедра, короткая культя бедра - 8 см. или невозможности протезирования, устанавливаемся II группа инвалидности);

- культя стопы после костнопластической ампутации (типа Пирогова);

- культя на уровне сустава Шонара; двухсторонние культи стопы с резекцией головок плюсневых костей по Шарпу;

- резко выраженная контрактура или анкилоз голеностопного сустава с порочным положением стопы и значительным нарушением функции ходьбы и стояния;

- ложный сустав бедра или обеих костей голени; болтающийся коленный или тазобедренный сустав после резекции;

- резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного сустава;

- анкилоз, контрактура коленного сустава в функционально невыгодном положении под углом менее 180 градусов;

- врожденный или приобретенный вывих бедра с выраженным нарушением функции конечности;

- двусторонний врожденный вывих бедра;

- укорочение нижней конечности на 7 см. и более;

- эндопротез коленного или тазобедренного сустава.

3. Кифосколиоз IV степени.

4. Дефекты челюсти и твердого нёба, если протезирование не обеспечивает жевания.

5. Послеоперационная стойкая трахеостома.

6. Инородные тела в сердечной сумке или мышце.

7. Неустранимые, несмотря на лечение, свищи: каловые, мочевые, порождающие нечистоплотность. При неустранимой колостоме, неустранимых полных кишечных свищах, стойких выраженных нарушениях функции сфинктера заднего прохода III степени устанавливается вторая группа инвалидности без срока переосвидетельствования.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

8. Деформации грудной клетки в связи с последствиями перенесенного оперативного вмешательства - резекции 5 и более ребер при наличии дыхательной недостаточности (без переосвидетельствования устанавливается третья группа; в случаях установления второй или первой группы на общих основаниях).

9. Пульмонэктомия.

10. Тотальная резекция желудка.

11. Электростимуляторы и протезы клапанов сердца.

12. Выраженный неустранимый косметический дефект лица, черепа.

Примечание. Под резко выраженной стойкой контрактурой понимается ограничение движений в пределах 5-8 градусов, в этом случае установление группы инвалидности без переосвидетельствования допускается при наблюдении за инвалидом не менее двух лет.

По пп.1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 без переосвидетельствования устанавливается третья группа инвалидности.

**IV. Поражения и заболевания глаз**

1. Устанавливается первая группа инвалидности - полная или практическая слепота обоих глаз или лучше видящего глаза (острота зрения менее 0,05 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения до 10 градусов в результате стойких, необратимых патологических изменений в глазах).

2. Устанавливается вторая группа инвалидности - экзэнтерация орбиты и афакия обоих глаз с осложнениями.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

3. Устанавливается третья группа инвалидности:

- полная слепота или снижение остроты зрения на один глаз до 0,05 процентов при невозможности коррегирования или сужение поля зрения до 10 градусов;

- анофтальм одного глаза (полное удаление глазного яблока), послеоперационные афакии одного или обоих глаз без осложнений.

Примечание: при афакии одного или обоих глаз группа инвалидности устанавливается бессрочно после наблюдения в течение четырех лет.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

**V. Комбинированные дефекты**

1. Устанавливается первая группа инвалидности:

- культя двух конечностей (нижних конечностей - выше уровня голеностопного сустава, кистей - при отсутствии четырех пальцев, включая первый или более высокий уровень ампутации);

- анкилоз или резко выраженные контрактуры четырех пальцев, включая первый, обеих кистей в функционально невыгодном положении;

- анкилозы или резко выраженные контрактуры обоих тазобедренных суставов;

- сочетанные поражения органов и систем или аномалии развития с выраженными нарушениями функций организма в совокупности, приводящие к необходимости постоянного постороннего ухода.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 5 июня 2006 года №409)*

2. Устанавливается вторая группа инвалидности:

- культя конечности и слепота на один глаз;

- культя конечности и значительное нарушение двигательных или статических функций другой конечности;

- глухонемота с детства и слепота на один глаз. Утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 декабря 2002 г. №915

*(В редакции Постановлений Правительства КР от 8 июля 2004 года №508, 3 февраля 2005 года №56, 19 августа 2005 года №388)*

**Положение о признании лица инвалидом**

**I. Общие положения**

1. Настоящее Положение определяет в соответствии с Законом Кыргызской Республики "О социальной защите инвалидов в Кыргызской Республике" порядок и условия признания лица инвалидом, которое осуществляется учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы, комиссиями Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики (далее - МСЭК).

2. Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Правительством Кыргызской Республики.

3. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, детям до 18 леткатегория "ребенок-инвалид".

4. Медико-социальная экспертиза лица производится МСЭК по месту его прописки.

В случае, если лицо не может явиться на комиссию по состоянию здоровья в соответствии с заключением учреждений здравоохранения, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно, в исключительных случаях (отдаленные труднодоступные местности), на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя.

5. Руководитель МСЭК обязан ознакомить гражданина в доступной для него форме с порядком и условиями проведения медико-социальной экспертизы.

**II. Порядок направления на медико-социальную экспертизу**

6. Освидетельствование в МСЭК производится по обращению лечебно-профилактического учреждения, гражданина (потерпевшего или его представителя), работодателя, государственной инспекции труда или суда при представлении медицинских документов, акта о несчастном случае или профессиональном заболевании или другого документа о несчастном случае, связанном с исполнением трудовых обязанностей.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 19 августа 2005 года №388)*

7. Учреждение здравоохранения направляет в установленном порядке гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения полного всестороннего медицинского обследования в условиях стационара с применением необходимых диагностических, функциональных исследований, соответствующего восстановительного лечения при наличии исчерпывающих данных, свидетельствующих о стойких нарушениях функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектов.

В направлении учреждения здравоохранения указываются сведения о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Форма направления учреждения здравоохранения на медико-социальную экспертизу утверждается Министерством здравоохранения Кыргызской Республики по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Кыргызской Республики.

Медицинские услуги, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы, включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Кыргызской Республики.

8. Учреждения здравоохранения несут ответственность за качество медицинского обследования, достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, своевременность и обоснованность направления больных и инвалидов в МСЭК в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

9. Медико-социальные экспертные комиссии принимают на освидетельствование граждан при наличии у них:

- паспорта или справки, заменяющей паспорт, выданной МВД;

- свидетельства о рождении детям до 18 лет;

- направления соответствующего учреждения здравоохранения (формы №88 лицам старше 18 лет, детям до 18 лет форма "Направление на ребенка до 18 лет", срок действия направлений до трех месяцев);

- амбулаторной карты, медицинских документов, подтверждающих заболевание;

- справки об условиях и характере труда, трудовой книжки;

- листка временной нетрудоспособности - для работающих.

- постановления Республиканской центральной военно-врачебной комиссии, свидетельства о болезни - для военнослужащих;

- для ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС - удостоверения ликвидатора или жителя зоны радиоактивного загрязнения с указанием серии, номера, даты выдачи документа и организации, его выдавшей, заключения межведомственного экспертного совета с указанием даты и диагноза, выписки из отделения профпатологии; для военнослужащихпостановления РЦВВК;

- для установления причинной связи заболевания с производственной травмой или профессиональным заболеванием - направления работодателя, либо решения суда, акта о несчастном случае на производстве (форма Н-1, приложение №3, №7), акта расследования санэпидемстанцией случая профессионального заболевания (отравления) форма 362/4-86.

Лица, впервые направленные на экспертизу для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, представляют также акт о несчастном случае или ином повреждении здоровья в связи с исполнением трудовых обязанностей, направление работодателя, профсоюзного комитета предприятия, решение суда об установлении процента потери трудоспособности или другого документа о несчастном случае, связанном с исполнением трудовых обязанностей.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 19 августа 2005 года №388)*

10. МСЭК не проводит медико-социальную экспертизу лиц, находящихся в заключении.

11. Сроки направления на освидетельствование.

Вопрос об установлении ребенку инвалидности и ее сроков по патологическим состояниям решают после проведения комплексного, адекватного лечения в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях в течение длительного времени (более 6 месяцев).

Больные старше 18 лет на МСЭК направляются не позднее 4 мес. (120 дней) со дня наступления нетрудоспособности или не позднее 5 мес. (150 дней) временной нетрудоспособности в общей сложности в течение последних 12 месяцев (при одном и том же заболевании или близкого к нему заболевания).

Временно утратившие трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом направляются на МСЭК не позднее 6 месяцев (180 дней) со дня наступления нетрудоспособности (в зависимости от формы, тяжести, распространенности процесса и клинического прогноза) или не позднее 10 месяцев (300 дней) в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторных заболеваниях туберкулезом.

Более раннее направление на МСЭК допускается в случае бесспорности наступления у больного признаков стойкой нетрудоспособности.

Лица, не занятые трудом, направляются в общем порядке.

При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, эффективности проводимого лечения листок нетрудоспособности может быть продлен по решению МСЭК до полного восстановления трудоспособности на срок не более 8 месяцев (по общей продолжительности). В отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций) - до 12 месяцев. Лица, впервые заболевшие туберкулезом или с рецидивом туберкулеза, имеют право на больничный лист, длительность которого определяется по медицинским, социальным и эпидемиологическим показаниям в пределах до 12 месяцев со времени наступления нетрудоспособности.

12. При необходимости больные, впервые направляемые на МСЭК, представляются лечащими врачами или представителями лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, отвечающих за экспертизу временной нетрудоспособности.

Для решения социальных вопросов могут привлекаться представители от работодателей или профкома, где работают освидетельствуемые.

13. Лица с психическими расстройствами, находящиеся на принудительном лечении, имеют право проходить освидетельствование в МСЭК на общих основаниях, согласно действующим положениям о МСЭК.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 3 февраля 2005 года №56)*

**III. Порядок проведения медико-социальной экспертизы**

14. Эксперты комиссий, проводящие медико-социальную экспертизу, рассматривают представленные документы (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр гражданина, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

15. Основаниями для признания лица инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами,

- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью),

- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

16. Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом экспертов, принимающих экспертное решение, простым большинством голосов. Если председатель или остальные члены комиссии не согласны с принятым решением, то в акт освидетельствования заносится их особое мнение.

Лицу, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю решение объявляется руководителем учреждения в присутствии всех экспертов, принимавших это решение.

Эксперты, принимающие экспертное решение, дают по нему разъяснения освидетельствуемому или его законному представителю.

17. В тех случаях, когда состав комиссии не может принять экспертное решение, акт освидетельствования лица направляется в 3-5 дневный срок в вышестоящую организацию (областную медико-социальную экспертную комиссию, Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов), которая принимает решение по рассматриваемому вопросу в установленном порядке.

18. В случаях, требующих применения сложных видов экспертно-реабилитационной диагностики, специальных методов обследования, тестирования, а также получения дополнительных сведений, составляется программа дополнительного обследования, которая утверждается председателем МСЭК и доводится до сведения заявителя в доступной для него форме.

Программа дополнительного обследования может предусматривать проведение дополнительного обследования в лечебно-профилактическом, реабилитационном или другом учреждении, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности и другие меры.

19. После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, врачи-эксперты принимают решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности.

20. Датой начала экспертизы считается день поступления в МСЭК документов от гражданина или ЛПУ. Датой установления инвалидности считается день проведения экспертизы.

21. Инвалидность I группы устанавливается сроком на 2 года, II и III группы - на один год.

Лицам, заболевание которых связано с ликвидацией последствий аварии на ЧАЭС: I группа устанавливается бессрочно, II и III группына 5 лет. При нарушении трудоспособности, возникновение которой не связано с последствиями облучения, и благоприятном прогнозе, вторая, третья группа инвалидности может быть установлена на 1 год.

Детям инвалидность устанавливается на сроки в соответствии с медицинскими показаниями "Перечня медицинских показаний, дающих право на получение ежемесячного пособия на детей-инвалидов до достижения возраста восемнадцати лет":

а) по I разделу перечня (патологические состояния, приводящие к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций органов и систем) инвалидность устанавливают на срок от 6 месяцев до 2 лет;

б) по II разделу перечня (патологические состояния, приводящие к частичному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при прогнозируемой возможности полного или частичного восстановления нарушенных функций органов и систем) инвалидность устанавливается на 2 года или на 5 лет;

в) по III разделу перечня (патологические состояния, приводящие к значительному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации при резко выраженных необратимых нарушениях функций органов и систем, приводящих к полной утрате способности к самообслуживанию) заключение выдается однократно с момента освидетельствования до 18-летнего возраста.

22. Причинами инвалидности являются:

- ребенок-инвалид (детям до 18 лет);

- инвалидность с детства (лицам старше 18 лет, у которых признаки инвалидности наступили в возрасте до 18 лет);

- общее заболевание;

- трудовое увечье;

- профессиональное заболевание;

- увечье, полученное при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Причины инвалидности для военнослужащих:

- ранение, контузия, увечье, заболевание, полученные при исполнении обязанностей военной службы;

- травма, увечье, контузия, полученные в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы.

Законодательством Кыргызской Республики могут быть установлены и другие причины инвалидности.

В случае отсутствия документов о профессиональном заболевании, трудовом увечье, военной травме и других обстоятельствах, предусмотренных законодательством Кыргызской Республики, МСЭК устанавливает, что причиной инвалидности является общее заболевание. Одновременно МСЭК дает разъяснения о характере необходимых документов, после получения которых изменяется причина инвалидности без дополнительного очного освидетельствования инвалида.

23. В случае признания лица инвалидом, врачами-экспертами, проводившими медико-социальную экспертизу, совместно с врачами ЛПУ в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации для лиц с благоприятным медицинским и трудовым прогнозом. Программа утверждается председателем МСЭК. Инвалида знакомят с программой реабилитации.

24. Данные медико-социальной экспертизы лица и решение специалистов, проводивших экспертизу, заносятся в протокол заседания и акт освидетельствования, которые подписываются руководителем учреждения, врачами-экспертами, принимавшими решение, и заверяются печатью учреждения.

Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносятся в акт освидетельствования или приобщаются к нему.

25. Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, в 3-5 дневный срок отправляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение (районное отделение Социального фонда, районное управление социальной защиты). Допустима выдача выписки из акта освидетельствования гражданина на руки инвалиду или его доверенному лицу.

26. Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, в день освидетельствования выдается справка, подтверждающая факт установления инвалидности, подписанная председателем МСЭК и заверенная печатью.

Если инвалидность связана с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, освидетельствуемому выдается справка из акта освидетельствования о процентах утраты трудоспособности и видах дополнительной помощи.

27. В справке о группе инвалидности и выписке из акта освидетельствования в необходимых случаях указывается:

- инвалид по слуху,

- инвалид по зрению,

- инвалид с поражением опорно-двигательного аппарата.

28. Форма справки, акта освидетельствования утверждается Министерством труда и социальной защиты Кыргызской Республики.

29. Лицу, прошедшему освидетельствование в МСЭК, сведения о результатах освидетельствования вносятся в амбулаторную карту (отрывной талон Ф №88) и заверяется подписью председателя МСЭК.

30. Лицу, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления отмечаются в листке временной нетрудоспособности или в справке, удостоверяющей временную нетрудоспособность, когда листок временной нетрудоспособности не выдается. Если освидетельствуемый не признан инвалидом, в строке "Заключение МСЭК" листка нетрудоспособности производится запись "инвалидом не признан". При наличии признаков временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности продлевается.

**IV. Порядок переосвидетельствования инвалидов**

31. Переосвидетельствование инвалида проводится в порядке, установленном для признания лица инвалидом.

32. Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится один раз в два года, II и III группы - один раз в год. Для детей-инвалидов до 18 лет переосвидетельствование проводится в сроки, установленные в соответствии с медицинскими показаниями.

Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование.

33. Переосвидетельствование лиц, инвалидность которым установлена без срока переосвидетельствования, включая лиц пенсионного возраста, проводится в случаях:

- по заявлению инвалида;

- выявления в установленном порядке подложных документов, на основании которых установлена инвалидность;

- выявления фактов необоснованного вынесения экспертного решения, при поступлении сведений о незаконности установления группы или причины инвалидности, только после тщательной проверки медицинского акта, если в результате этой проверки будет установлено нарушение законодательства и критериев оценки трудоспособности. Лицам пенсионного возраста - только по причине "трудовое увечье", "профессиональное заболевание".

В случае подтверждения факта умышленного необоснованного вынесения экспертного решения к конкретным виновным лицам принимаются административные и дисциплинарные меры взыскания согласно законодательству Кыргызской Республики.

34. Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно до истечения установленного срока инвалидности или несколько позже (при проживании инвалидов в труднодоступных отдаленных районах), что обусловлено графиком выезда МСЭК в отдаленные районы.

Досрочное переосвидетельствование потерпевшего (инвалида от трудового увечья или профессионального заболевания) производится по его заявлению либо по обращению работодателя.

*(В редакции Постановления Правительства КР от 19 августа 2005 года №388)*

35. Переосвидетельствование инвалида ранее установленных сроков проводится по направлению учреждения здравоохранения в связи с изменением состояния его здоровья.

36. В случае непризнания лица инвалидом МСЭК в 3-дневный срок направляет извещение о непризнании лица инвалидом в соответствующий орган, осуществляющий пенсионирование (районное отделение Социального фонда, районное отделение социальной защиты). По желанию освидетельствуемого, дубликат извещения может быть выдан ему на руки.

**V. Порядок обжалования решений учреждения**

37. Гражданин или его законный представитель в случае несогласия с экспертным решением медико-социальной экспертной комиссии может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого в учреждение, проводившее освидетельствование, или в Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, или в Министерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики. Медико-социальные экспертные комиссии, проводившие освидетельствование, в 3-5 дневный срок со дня получения заявления направляют это заявление со всеми имеющимися документами в Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

38. Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов не позднее месяца со дня поступления заявления, 7 дней после поступления медицинских документов проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение.

39. Решение Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов может быть обжаловано в месячный срок в Министерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики.

40. Лицо, не удовлетворенное решением Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, переосвидетельствуется специальной расширенной комиссией, в состав которой входят специалисты Министерства труда и социальной защиты Кыргызской Республики, врачи-эксперты Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, представители Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Федерации профсоюзов Кыргызской Республики.

41. Решение расширенной комиссии Центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов может быть обжаловано в суде.

**Утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 декабря 2002 г. №915**

**Положение о порядке установления медико-социальными экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности и нуждаемости в дополнительных видах помощи лицам, пострадавшим от несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний либо иных повреждений здоровья, связанных с исполнением ими трудовых обязанностей**

**I. Общие положения**

1. В соответствии с законодательством Кыргызской Республики на медико-социальные экспертные комиссии (МСЭК) возложено определение степени утраты профессиональной трудоспособности лицам, получившим повреждение здоровья в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее именуются пострадавшие).

2. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется медико-социальной экспертной комиссией в процентах на момент освидетельствования, исходя из последствий повреждения здоровья вследствие несчастного случая на производстве с учетом имеющихся у пострадавшего профессиональных способностей, психофизиологических возможностей, 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, тяжести труда в обычных или специально созданных условиях.

Одновременно с определением степени утраты профессиональной трудоспособности при наличии оснований устанавливается соответствующая группа инвалидности в соответствии с инструкцией по определению групп инвалидности и определяется нуждаемость потерпевшего в дополнительных видах помощи. МСЭК определяет нуждаемость пострадавшего в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

В тех случаях, когда трудовое увечье ухудшило течение имеющегося заболевания или усилило тяжесть последствия анатомического дефекта, особенно при повреждении парного органа, степень утраты профессиональной трудоспособности определяется исходя из выраженности вызванных им нарушений функций организма, также на момент освидетельствования с учетом ранее имевшихся нарушений.

Нарушение функций организма может быть обусловлено как прямыми последствиями травм, профзаболеваний, так и их осложнениями.

3. В случае, если трудовые увечья причинены повторно в период работы у одного работодателя, размер возмещения вреда исчисляется по общему проценту утраты профессиональной трудоспособности по совокупности от первого и повторного увечья.

Если трудовые увечья причинены на работе у разных работодателей, то определение размера возмещения вреда производится каждым работодателем отдельно, исходя из процента утраты профессиональной трудоспособности по соответствующему трудовому увечью.

Сумма утраты трудоспособности в целом не может превышать 100%.

4. МСЭК принимает на освидетельствование для определения степени утраты профессиональной трудоспособности и нуждаемости в дополнительных видах помощи работников предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, граждан, работающих по гражданско-правовым договорам, получивших трудовое увечье.

5. Право впервые устанавливать диагноз хронического профессионального заболевания (или интоксикации) имеют только специализированные лечебно-профилактические учреждения и их подразделения, осуществляющие свою деятельность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

6. Гражданам, получившим увечье или иное повреждение здоровья вне связи с исполнением трудовых обязанностей, заключение о нарушении трудоспособности устанавливают учреждения судебно-медицинской экспертизы.

Граждане, отбывающие наказание в местах заключения, при несчастных случаях на производстве проходят освидетельствование для определения степени утраты трудоспособности в процентах в учреждениях судебно-медицинской экспертизы, так как они состоят в трудовых отношениях с местами заключения и не являются рабочими и служащими.

Лица, осужденные условно с обязательным привлечением к труду, получившие повреждение здоровья на производстве (увечье, заболевание), подлежат освидетельствованию в МСЭК в установленном порядке.

**II. Критерии оценки способности к профессиональной деятельности**

7. Трудоспособность - это совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги.

Профессиональная трудоспособность - способность человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии.

8. Если пострадавший имеет несколько профессий, при определении степени утраты профессиональной трудоспособности основной профессией следует считать ту, которая предшествовала данному повреждению здоровья или в которой имеется более продолжительный стаж работы. Основной также считается та, которая получена путем специального обучения или та, в которой достигнута наивысшая квалификация. Этот вопрос в необходимых случаях решается с учетом конкретных обстоятельств.

9. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности МСЭК должна в каждом конкретном случае учитывать следующие критерии:

- выраженность клинико-функциональных нарушений. Характер и тяжесть травмы, профессионального заболевания, особенности течения патологического процесса, клинический прогноз, психофизиологические возможности;

- выраженность нарушений функций организма пострадавшего (значительно выраженная, выраженная, умеренная, незначительная), приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности и других категорий жизнедеятельности;

- категории и степени ограничений жизнедеятельности;

- характер профессиональной деятельности (квалификация, качество и объем труда, способность к его выполнению). Возможность потерпевшего после несчастного случая или профессионального заболевания выполнять работу в полном объеме по своей прежней профессии или иной, равной ей по квалификации и оплате, в том числе возможность выполнения работы в обычных или специально созданных условиях, по своей основной профессии или близкой ей по квалификации, а также возможность использования профессиональной остаточной трудоспособности на другой менее квалифицированной работе.

Необходимо иметь в виду возможность переквалификации, переобучения и приобретения новой специальности, что более рационально в отношении лиц в возрасте до 40 лет.

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

10. Решение МСЭК выносится на основании осмотра пострадавшего, тщательного изучения анамнестических сведений, изучения медицинских документов и всех других исследований, с учетом социально-трудовых факторов (профессии, условий труда, характера и объема выполняемой работы). Сведения о трудовой деятельности потерпевшего, условиях труда, выполняемой работе уточняются в процессе освидетельствования, в необходимых случаях запрашиваются с места работы.

11. Критерии оценки возможности выполнения профессиональной деятельности связаны с различием тарифно-квалификационных разрядов в рамках соответствующей профессии.

12. Кратность снижения квалификации определяется с учетом установленных тарификационных разрядов, классов, категорий для данной профессиональной деятельности.

13. В основе ранжирования работ по степени сложности (и, следовательно, по разрядам квалификации) лежат факторы сложности труда:

- технологические по сложности управления (обслуживания, пользования орудиями труда, сложность технологических (рабочих) процессов;

- организационные по широте комплекса выполняемых операций (работ), степени самостоятельности работника в процессе выполнения работ;

- ответственность материальная и ответственность за жизнь и здоровье;

- специфические, особые требования к работе, например, работа в необычных, близких к экстремальным, условиях производственной деятельности.

14. Оценка разряда сложности работ производится дифференцированно по работам, различающимся по степени механизации: ручные, машинно-ручные, машинные, автоматизированные, аппаратные.

15. При определении тарифно-квалификационного разряда учитывается квалификация работника как совокупность знаний, умений и трудовых навыков, а также время, затраченное на подготовку (учебу). Квалификационные требования к знаниям возрастают от начальных сведений в объеме неполной средней школы (1-2 разряды) до знания отдельных дисциплин в объеме полного курса средних специальных учебных заведений (6 разряд).

16. Для тарифно-квалификационной системы оценки работ и профессий рабочих характерна закономерность возрастания сложности работ по каждому из факторов, взятому за основу определения разряда:

- по технологическому фактору при переходе от первого разряда к последующему возрастает сложность, мощность, габариты, единицы обслуживаемого оборудования аналогичного назначения;

- по организационному фактору сложности нарастает степень самостоятельности выполняемых работ и подключаются функции по руководству рабочими более низких уровней квалификации.

17. Профессии рабочих квалифицированного физического труда классифицируются шестью тарифно-квалификационными разрядами. Тарифно-квалификационный разряд указывает на соответствие квалификации рабочего сложности выполняемой работы, а также уровню его знаний, умений и трудовых навыков. Квалифицированные профессии рабочих могут иметь различный диапазон разрядов (1-6, 4-6, 3-5 или другие).

18. Если пострадавший не может выполнять работу прежней сложности (квалификации), то возникает вопрос о переводе его на работу меньшей сложности квалификации в соответствии с видами работ, предусмотренных тарифно-квалификационным справочником работ и профессий с оптимальной или допустимой физической, нервно-эмоциональной нагрузкой, не содержащей противопоказанных производственных факторов и соответствующей психофизиологическим возможностям пострадавшего для ее выполнения.

19. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации с учетом уменьшения коэффициента сложности работ.

20. Степень утраты профессиональной трудоспособности рабочего неквалифицированного физического труда устанавливается в зависимости от его психофизиологического состояния, физической способности выполнять простой физический труд и связана с оценкой классов условий труда по показателю тяжести труда.

Утрата профессиональной трудоспособности у данного контингента рабочих определяется с учетом степени снижения категории (класса) тяжести труда (например, разовый подъем и перенос груза по весу).

21. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности необходимо учитывать классы условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса.

22. Комплекс показателей, отражающих производственные факторы, является основой решения вопроса о необходимости изменения профессии, квалификации работника, объема его производственной деятельности в связи с перенесенной травмой или профессиональным заболеванием.

23. Утрата профессиональной трудоспособности служащих (инженеры, руководители различных уровней, лица творческих профессий и др.), к деятельности которых применимо нормирование труда, определяется с учетом уменьшения объема выполняемой работы, ее сложности и напряженности, должностных обязанностей.

**III. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах**

24. В тех случаях, когда у пострадавшего наступила полная утрата трудоспособности вследствие значительно выраженных нарушений функций организма при наличии абсолютных медицинских противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных условиях, устанавливается 100% утраты профессиональной трудоспособности.

Примерный перечень клинико-функциональных критериев установления 100% утраты профессиональной трудоспособности:

а) нижняя параплегия; значительно выраженный тетрапарез, трипарез, парапарез с повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией с минимальным объемом (5-6 градусов) активных движений во всех суставах нижних конечностей, значительно выраженным снижением мышечной силы (до 1 балла), с невозможностью самостоятельного передвижения: III тип ЭМГ - частые колебания потенциала, искажение нормальной структуры ЭМГ "залпами частых осцилляций" (значительно выраженный парез); IV тип ЭМГ - полное биоэлектрическое молчание при функциональных нагрузках (паралич конечностей);

б) значительно выраженный парез обеих верхних конечностей с минимальным объемом активных движений во всех суставах (плечевой 5-10 градусов, локтевой 4-8 градусов, лучезапястный 5-9 градусов); значительное ограничение противопоставления большого пальца (дистальная фаланга последнего достигает основания второго пальца); сгибание пальцев в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигают ладони на расстоянии 5-8 см.); снижение мышечной силы верхних конечностей (до 1 балла); нарушение основной функции верхних конечностей: невозможен схват и удержание крупных и мелких предметов, сохранена лишь вспомогательная функция - поддержание и прижатие предметов;

в) вестибулярно-мозжечковые нарушения. Значительно выраженная статическая динамическая атаксия; гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма III степени более 120 секунд, калорического нистагма III степени более 130 секунд;

г) ампутационные культи обеих нижних конечностей (нижних конечностей выше уровня голеностопного сустава) в сочетании с культей верхней конечности, начиная с отсутствия всех пальцев кисти. Ампутационные культи обеих верхних конечностей, начиная с отсутствия всех пальцев кистей или более высокий уровень ампутации;

д) дыхательная недостаточность III степени, нарушение кровообращения III стадии (одышка в покое, частота дыхания 30 и более в одну 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% 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);

е) значительно выраженные сенсорные нарушения (практическая или абсолютная слепота единственного или лучше видящего глаза: острота зрения с коррекцией 0,04-0, поле зрения равно 0-10 градусов (периферические границы по меридиану от точки фиксации и (или) центральные или парацентральные сливные скотомы);

ж) значительно выраженные нарушения функций тазовых органов (недержание мочи, кала).

25. Если у пострадавшего имеются выраженные нарушения функций организма и он может выполнять профессиональный труд (работу) лишь в специально созданных условиях (спецпредприятия, спеццеха и др.), утрата профессиональной трудоспособности устанавливается от 70 до 90%:

а) в случаях, когда пострадавший, ранее выполнявший квалифицированную работу в обычных производственных условиях, может выполнять только неквалифицированные виды труда в специально созданных условиях, устанавливается 90% утраты профессиональной трудоспособности;

б) в случаях, когда пострадавший может выполнять в специально созданных условиях работу более низкой квалификации с учетом профессиональных знаний и навыков, устанавливается 80% утраты профессиональной трудоспособности;

в) в случаях, когда пострадавший может выполнять в специально созданных условиях работу по основной профессии, устанавливается 70% утраты профессиональной трудоспособности;

Примерный перечень клинико-функциональных критериев установления 70%-90% утраты профессиональной трудоспособности:

а) выраженный парез обеих нижних конечностей, тетрапарез, трипарез, гемипарез с выраженным повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией мышц с выраженным ограничением амплитуды активных движений во всех суставах нижних конечностейтазобедренных (до 20 градусов), коленных (до 10 градусов), голеностопных (до 6-7 градусов); с выраженным снижением мышечной силы (до 2 баллов) нижних конечностей, выраженной варусной, эквино-варусной деформацией стоп; спастической, паретической, перонеальной походкой с выраженным свисанием стоп; передвижение с дополнительной опорой (трость, костыли);

б) выраженное нарушение биомеханики ходьбы - увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 204-226 (в норме 80-120 шагов, увеличение длительности двойного шага до 2,6-3,6 секунды (в норме 1,0-1,3 секунды), уменьшение темпа ходьбы до 29-46 шагов в минуту (в норме 80-100 шагов), снижение коэффициента ритмичности ходьбы до 0,52-0,58 (в норме 0,94-1,0), снижение скорости передвижения до 1 км. в час (в норме 4-5 км. в час);

II тип ЭМГ с выраженным нарушением биоэлектрической активности мышц низкочастотные потенциалы типа "фасцикуляций" с четким ритмом в покое и при функциональных нагрузках;

в) выраженный парез обеих верхних конечностей, контрактуры суставов верхних конечностей с объемом активных движений во всех суставах в пределах 10-20 градусов, с выраженным ограничением сгибания пальцев в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигают ладони на расстоянии 3-4 см.), с нарушением основной функции конечности; невозможен схват мелких предметов, длительное и прочное удержание крупных предметов, ЭМГ - II тип;

г) выраженные вестибулярно-мозжечковые нарушения (головокружение в покое, тяжелые и частые - 4 и более раз в месяц приступы головокружения), спонтанный нистагм II-III степени, выраженные нарушения статики и координации движений, передвижение с помощью вспомогательных средств (трость, костыли), гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма II-III степени 85-120 секунд, калорического нистагма II-III степени 110-130 секунд;

д) ампутационные культи бедер или голеней на разных уровнях. Екзартикуляция бедра, короткая культя бедра 8 см. или невозможность протезирования. Екзартикуляция правого плеча, культя правого плеча у лиц тяжелого физического труда. Ложные суставы обеих костей голени с порочной установкой нижней конечности, с функционально невыгодным положением коленного сустава при сгибательной контрактуре с невозможностью разгибания более 140 градусов, порочная установка нижней конечности в функционально невыгодном положении тазобедренного сустава с ограничением разгибания до 150 градусов или отведения ноги свыше 165 градусов с выраженным перекосом таза и функциональным укорочением конечности на 10 см., выраженная контрактура с объемом движений не более 30 градусов или анкилоз суставов в функционально невыгодном положении;

е) дыхательная недостаточность II степени, нарушение кровообращения II стадии (частота дыхания в покое 21-29 в одну 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% 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);

ж) выраженные сенсорные нарушения: высокая степень слабовидения единственного или лучше видящего глаза, острота зрения с коррекцией равна или менее 0,1-0,05, поле зрения периферические границы равны или менее 20, но шире 10 градусов и (или), единичные центральные скотомы. Выраженное снижение слуха: восприятие разговорной речи до 0,5-1,5 метра, слуховой порог 61-80 дцб, порог разборчивости речи 80-90 дцб;

з) выраженные нарушения функций тазовых органов, отсутствие позыва к мочеиспусканию и чувства прохождения мочи по мочеиспускательному каналу; при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 500-600 мл., остаточной мочи до 400 мл., при гипертонии детрузора емкость 20-30 мл., длительная задержка дефекации до 5 суток, анальный рефлекс - тонус сфинктера и давление при монометрии снижено в анальном канале, наружного сфинктера до 10-15 мм. рт. ст., внутреннего сфинктера 16-25 мм. рт. ст. (норма 35-62 мм. рт. ст.).

26. В тех случаях, когда вследствие трудового увечья пострадавший может выполнять работу по основной профессии в обычных производственных условиях, но с меньшим объемом или со снижением квалификации, или он утратил основную профессию, но может выполнять в обычных производственных условиях труд более низкой квалификации и нижеоплачиваемый, вследствие умеренных нарушений функций, устанавливается от 40 до 60% утраты профессиональной трудоспособности. Степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим с умеренными нарушениями функций организма устанавливается в зависимости от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда:

а) 60% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

- если пострадавший утратил профессию и может выполнять легкие неквалифицированные виды труда;

- если пострадавший может выполнять работу по профессии, но со снижением квалификации на четыре тарификационных разряда;

- если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на четыре категории тяжести;

б) 50% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

- если пострадавший может выполнять работу по профессии, но со снижением квалификации на три тарификационных разряда;

- если пострадавший может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности (на 0,5 ставки);

- если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на три категории тяжести;

в) 40% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях:

- если пострадавший может выполнять работу по профессии с уменьшением объема производственной деятельности;

- если пострадавший может выполнять работу по профессии, но с использованием профессиональных навыков;

- если пострадавший может выполнять работу по профессии, но со снижением квалификации на два тарификационных разряда;

- если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на две категории тяжести.

Примерный перечень клинико-функциональных критериев установления 40%-60% утраты профессиональной трудоспособности:

а) умеренный парез обеих нижних конечностей, тетрапарез, трипарез, гемипарез, моиопарез с гипотрофией мышц бедра на 5-7 см., голени 4-5 см., повышением мышечного тонуса по спастическому типу или гипотонией мышц с умеренным ограничением амплитуды активных движений во всех суставах нижних конечностей - тазобедренных (до 15-20 градусов), коленных (до 16-20 градусов), голеностопных (до 14-18 градусов); с умеренным снижением мышечной силы (до 3 баллов), спастической, паретической, перонеальной походкой с незначительным или умеренным свисанием стоп; передвижение иногда с дополнительной опорой (трость);

б) умеренное нарушение биомеханики ходьбы - увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 170-190 (в норме 80-120 шагов, увеличение длительности двойного шага до 2,0-3,0 секунды (в норме 1,0-1,3 секунды), уменьшение темпа ходьбы до 50-60 шагов в минуту (в норме 80-100 шагов), снижение коэффициента ритмичности ходьбы до 0,82-0,75 (в норме 0,94-1,0), снижение скорости передвижения до 2 км. в час (в норме 4-5 км. в час); умеренное нарушение биоэлектрической активности мышц АКБА в пределах более 25%, но менее 70% от нормы;

в) умеренный парез верхней конечности, гемипарез с ограничением амплитуды активных движений во всех суставах: в плечевом (35-40 градусов), локтевом (30-45 градусов), лучезапястном (30-40 градусов), умеренным снижением мышечной силы верхней конечности (3 балла), ограничение противопоставления большого пальца кисти (дистальная фаланга большого пальца достигает основания 4-ого пальца), ограничением сгибания пальцев в кулак (дистальные фаланги пальцев не достигают ладони на расстоянии 1-2 см.) с затруднением схватывания мелких предметов, ЭМГ-умеренное снижение амплитуды биоэлектрической активности мышц в пределах более 25%-75% от нормы;

г) контрактура плечевого сустава с объемом движений в пределах 30-90 градусов, локтевого сустава 80-130 градусов, лучезапястного сустава 120-130 градусов.

Культя плеча; культя предплечья; отсутствие кисти; отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый; трех пальцев кисти, включая первый; анкилоз или резко выраженная контрактура этих же пальцев в функционально невыгодном положении; отсутствие первого и второго пальцев или трех пальцев с соответствующими пястными костями; отсутствие первых пальцев обеих кистей; отсутствие трех пальцев рук, исключая первый палец с затруднением схватывания мелких предметов;

д) ампутационные культи конечности (бедра, голени, обеих стоп на уровне сустава Шопара, Лисфранка); умеренная сгибательная или разгибательная контрактура тазобедренного, коленного сустава, сгибательная контрактура голеностопного сустава (эквинусная стопа); укорочение нижней конечности на 5-7 см.; анкилозы суставов в функционально выгодном положении - угол сгибания в тазобедренном суставе в пределах 160-170 градусов, в коленном суставе 170-180 градусов, в голеностопном 95-100 градусов;

е) умеренные вестибулярно-мозжечковые нарушения: головокружение при резких изменениях положения головы, туловища, езде на транспорте; спонтанный нистагм I или I-II степени, умеренные статодинамические нарушения (пошатывание в позе Ромберга, при ходьбе, промахивание при пяточно-коленной пробе), гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 50-80 секунд, калорического нистагма 90-110 секунд;

ж) 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 одну 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% 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);

з) умеренные сенсорные нарушения: средняя степень слабовидения, снижение остроты зрения единственного или лучше видящего глаза с коррекцией равна или более 0,1, поле зрения периферические границы или менее 40, но шире 20 градусов; умеренное снижение слуха: восприятие разговорной речи до 2,0-3,0 метров, шепотной речи до 0,5-0 метров, средний слуховой порог 41-60 дцб, порог разборчивости речи 50-70 дцб;

и) умеренные нарушения функций тазовых органов: отсутствие ощущения наполнения мочевого пузыря, при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора 500-400 мл., остаточной мочи более 100 мл., при гипертонии детрузора емкость 20-125 мл.; длительная задержка дефекации до 3-4 суток, недостаточность сфинктера - неудержание газов, анальный рефлекс снижен, тонус и волевые сокращения сфинктера ослаблены, монометрия выявляет умеренное снижение давления наружного сфинктера до 16-25 мм. рт. ст., внутреннего сфинктера 26-40 мм. рт. ст. (норма 35-62 мм. рт. ст.).

27. Если пострадавший может продолжать работу в обычных производственных условиях по основной профессии с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо с уменьшением объема выполняемой работы, либо с изменением условий труда, влекущих снижение заработка пострадавшего, или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде, или возникает затруднение трудоустройства и снижение зарплаты у лица, выполнявшего неквалифицированный тяжелый физический труд, устанавливается от 5 до 35% утраты профессиональной трудоспособности.

Степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим, имеющим незначительные нарушения функций организма вследствие производственных травм или профессиональных заболеваний, определяется в зависимости от уровня снижения квалификации, объема производственной деятельности или категории тяжести труда:

а) 35% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если пострадавший может выполнять работу по профессии со снижением квалификации на один тарификационный разряд, если пострадавший может выполнять неквалифицированный физический труд со снижением разряда работ на одну категорию тяжести, если пострадавший может выполнять работу по основной профессии с незначительным снижением объема профессиональной деятельности (снижение нормы выработки на 1/3 часть прежней загрузки);

б) 20% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если пострадавший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/5 прежней загрузки;

в) 10% утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в случаях, если пострадавший может выполнять работу со снижением объема профессиональной деятельности на 1/10 прежней загрузки.

Примерный перечень клинико-функциональных критериев установления 5%-35% утраты профессиональной трудоспособности:

а) незначительный парапарез нижних конечностей, тетрапарез, трипарез, гемипарез, монопарез нижней конечности с гипотрофией мышц бедра и голени на 1-2 см. (вялый парез), снижением мышечной силы (до 4 баллов), с полным объемом активных движений во всех суставах, с незначительным нарушением биомеханики ходьбы - увеличение количества шагов при ходьбе на 100 метров до 150-160 (в норме 80-120 шагов), увеличение длительности двойного шага до 1,5-1,7 секунд (в норме 1,0-1,3 секунды), уменьшение темпа ходьбы до 64-70 шагов в минуту (в норме 80-100 шагов), снижение коэффициента ритмичности ходьбы до 0,85-0,90 (в норме 0,94-1,0), снижение скорости передвижения до 3 км. в час (в норме 4-5 км. в час); незначительное снижение биоэлектрической активности мышц до 25% от нормы, с незначительным снижением на ЭМГ амплитуды колебаний;

б) незначительный парез одной или обеих верхних конечностей с гипотрофией мышц плеча, предплечья на 1,5-2,0 см. (вялый парез) снижением мышечной силы во всех отделах одной или обеих верхних конечностей до 4 баллов, с сохранением активных движений в суставах в полном объеме и основной функции кисти схватывания и удержания предметов. ЭМГ - незначительное снижение амплитуды биоэлектрической активности мышц верхних конечностей до 25% от нормы;

в) незначительная контрактура плечевого, локтевого, лучезапястного суставов, отсутствие одного-двух пальцев кисти, исключая первый палец с сохранением основной функции кисти;

г) незначительные вестибулярно-мозжечковые нарушения: головокружения, возникающие эпизодически, иногда спонтанный нистагм I степени;

д) незначительные статодинамические нарушения (неустойчивость в позе Ромберга, Сарбо), гиперрефлексия вестибулярной возбудимости с продолжительностью поствращательного нистагма 50-80 секунд, калорического нистагма 80-90 секунд;

с) незначительная контрактура суставов нижних конечностей: в голеностопном суставе разгибание до угла 100 градусов с эквинусным положением стопы (сгибательная контрактура), сгибание до 80 градусов пяточная стопа (разгибательная контрактура);

ж) дыхательная недостаточность I степени, нарушение кровообращения I стадии (одышка при значительном физическом напряжении, быстрой ходьбе, частота дыхания в покое в пределах нормы до 16-20 в одну минуту, учащение частоты дыхания на 10-12 в минуту после физической нагрузки 10 приседаний или наклонов туловища вперед с восстановлением до исходного уровня в течение 3 минут, нерезкое усиление цианоза после физической нагрузки, незначительное снижение жизненной емкости легких до 80%-90% должной, максимальной вентиляции легких до 60-74 %, увеличение минутного объема дыхания до 130-140%, поглощения кислорода в минуту 260-270 мл., признаки компенсаторной гиперфункции миокарда правого желудочка);

з) незначительные сенсорные нарушения: нарушение функции зрительного анализатора малая степень слабовидения, единственного или лучше видящего глаза, острота зрения с коррекцией более 0,3, поле зрения периферические границы в норме или сужены поля до 40 градусов.

Снижение слуха, восприятие разговорной речи до 3-5 метров, шепотной речи до 1,5-2 метров, средний слуховой порог 20-40 дцб, порог разборчивости речи 30-40 дцб;

и) незначительные нарушения функции тазовых органов, слабая выраженность чувства позыва к мочеиспусканию, при цистометрии емкость мочевого пузыря 200-250 мл., остаточная моча до 50 мл., задержка дефекации до 2-3 суток, недержание газов, анальный рефлекс снижен, тонус сфинктера снижен, монометрия выявляет давления наружного сфинктера 22-33 мм. рт. ст., внутреннего сфинктера 41-58 мм. рт. ст.

28. Если диагностированное в период трудовой деятельности профессиональное заболевание или последствия несчастного случая на производстве не повлекли за собой утрату профессиональной трудоспособности работника и позволяли ему выполнять работу по соответствующей профессии без снижения квалификации, класса тяжести труда и заработной платы вплоть до выхода на пенсию по старости, но на момент освидетельствования сами по себе ограничивают способность к труду, степень утраты профессиональной трудоспособности в % устанавливается с учетом возможности выполнения любой трудовой деятельности.

29. Степень утраты профессиональной трудоспособности не определяется, если диагностированное в период трудовой деятельности профессиональное заболевание или последствия несчастного случая на производстве не повлекли за собой утрату работником профессиональной трудоспособности в период трудовой деятельности, позволяли ему выполнять работу по соответствующей профессии без снижения квалификации, класса тяжести труда и заработной платы вплоть до выхода на пенсию по старости, и на момент освидетельствования сами по себе не ограничивают способность к трудовой деятельности.

30. Степень утраты профессиональной трудоспособности при очередном переосвидетельствовании устанавливается с учетом результатов реабилитации пострадавшего.

31. При рассмотрении вопроса о степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах МСЭК допустимо руководствоваться Судебно-медицинской таблицей процента утраты трудоспособности, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 17 января 2000 года №5, с учетом пригодности лица к профессиональному труду.

**IV. Определение нуждаемости пострадавшего в дополнительных видах помощи и в обучении новой профессии**

32. Работодатель, с согласия пострадавшего, обязан обеспечить обучение его новой профессии в соответствии с заключением МСЭК, если он вследствие трудового увечья не может выполнять работу по прежней профессии.

33. МСЭК устанавливает нуждаемость в дополнительных видах помощи: приобретение лекарств, протезирование, уход за ним, санаторно-курортное лечение, включая оплату проезда потерпевшего к месту лечения и обратно, а в необходимых случаях также и сопровождающего его лица, приобретение специальных транспортных средств, капитальный ремонт этих средств, их эксплуатацию и обслуживание, если он признан нуждающимся в этих видах помощи и не получил их бесплатно от соответствующих организаций.

Инвалидам I группы заключение о необходимости ухода не требуется (кроме случаев нуждаемости в специальном медицинском уходе).

Пострадавшему, нуждающемуся в нескольких видах помощи, возмещаются расходы, связанные с получением каждого вида помощи.

34. Заключение о нуждаемости в специальном медицинском уходе за пострадавшим МСЭК выносит пострадавшим, состояние здоровья которых требует постоянного медицинского наблюдения и специальных медицинских процедур (перечень и объем которых определяется врачами лечебно-профилактических учреждений).

35. Заключение о нуждаемости в постороннем уходе МСЭК выносит, когда пострадавший по состоянию здоровья не может полностью осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию или нуждается в постороннем надзоре или контроле над поведением.

36. Заключение о нуждаемости в бытовом уходе МСЭК выносит пострадавшим, которые частично ограничены в самообслуживании, не в состоянии обслужить себя в быту (выполнять домашнюю работу - уборка жилого помещения, стирка белья, приготовление пищи и т.п.)

37. Заключение о нуждаемости в протезно-ортопедической помощи (протезы, ортезы, корсеты, костыли, трости и др.) при повреждении опорно-двигательного аппарата, как при необходимости первичного протезирования, так и при замене протезов и протезно-ортопедических изделий.

38. Заключение о нуждаемости в специальных транспортных средствах (кресло-коляска, велоколяска, мотоколяска, автомобиль) при наличии у пострадавшего установленных медицинских показаний на обеспечение специальными транспортными средствами.

Расходы на приобретение и капитальный ремонт специальных транспортных средств производятся в пределах их стоимости.

39. Расходы на приобретение лекарств возмещаются работодателем по заключению МСЭК, если состояние здоровья, вызванное трудовым увечьем, требует лечения.

40. Заключение о нуждаемости пострадавшего в санаторно-курортном лечении выдается по прямым последствиям трудового увечья. Когда потерпевший не может следовать в санаторий самостоятельно, МСЭК выносит решение о нуждаемости в сопровождающем.

Приведенный перечень дополнительных видов помощи является примерным. В каждом конкретном случае МСЭК определяет нуждаемость пострадавшего в дополнительных видах помощи с учетом повреждения здоровья и возможностей его восстановления или поддержания на основании соответствующего заключения лечебно-профилактического учреждения.

**Методические указания к таблице**

(Судебно-медицинская таблица процента утраты трудоспособности, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 17 января 2000 г. №5, согласованная с Генеральной прокуратурой Кыргызской Республики, Верховным судом Кыргызской Республики, Министерством внутренних дел Кыргызской Республики, Министерством юстиции Кыргызской Республики (регистрационный номер №24, 21 февраля 2000 года).

41. Процент утраты трудоспособности устанавливается в соответствии со статьями таблицы.

42. При повреждении или потере в результате несчастного случая того или иного органа процент утраты трудоспособности определяется исходя из фактической утраты трудоспособности, происшедшей только от данного несчастного случая.

43. При множественных повреждениях одного и того же органа в результате несчастного случая процент утраты трудоспособности определяется путем суммирования, но в общей сумме этот процент не может превышать максимального процента, предусмотренного в таблице.

44. При повреждении от несчастного случая нескольких органов утрата трудоспособности определяется путем суммирования процентов, установленных по каждому органу, но в общей сумме не должна превышать 100%.

45. При повреждении одного и того же органа в результате повторного несчастного случая определяется процент утраты трудоспособности по состоянию на момент освидетельствования, и из установленного процента вычитается процент утраты трудоспособности, который был установлен МСЭК в связи с ранее имевшимся повреждением данного органа. Если процент потери трудоспособности ранее не был установлен, то определяется утрата трудоспособности только от данного несчастного случая.

46. При понижении зрения от несчастного случая на один или оба глаза, а также при полной потере зрения на один глаз, процент постоянной утраты трудоспособности определяется с учетом остроты зрения обоих глаз по состоянию на момент освидетельствования, и из установленного процента вычитается процент ранее имевшейся утраты трудоспособности. Ранее имевшаяся утрата трудоспособности определяется исходя из бывшей до несчастного случая остроты зрения обоих глаз. Острота зрения определяется без коррекции.

Если бывшую до несчастного случая остроту зрения обоих глаз установить не представляется возможным, она определяется исходя из предположения, что острота зрения поврежденного глаза была нормальной, а острота зрения неповрежденного глаза была такая же, как и в момент освидетельствования.

47. При полной потере зрения на оба глаза, а также на единственный зрячий глаз, от несчастного случая утрата трудоспособности определяется в размере 100 процентов.

48. При понижении или полной потере слуха от несчастного случая на одно или оба уха процент утраты трудоспособности определяется с учетом состояния слуха на оба уха к моменту освидетельствования и из установленного процента вычитается процент ранее имевшейся утраты трудоспособности. Ранее имевшаяся утрата трудоспособности определяется исходя из бывшего до несчастного случая состояния слуха.

Если бывшее до несчастного случая состояние слуха установить не представляется возможным, то ранее имевшаяся утрата трудоспособности определяется исходя из предположения, что слух пострадавшего от несчастного случая уха был нормальным, а состояние слуха непострадавшего уха было таким же, как в момент освидетельствования.

**Утвержден постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 декабря 2002 г. №915**

**Порядок освидетельствования МСЭК военнослужащих, участников войны и других боевых действий, а также установления причинной связи инвалидности с ранением, контузией, травмой, увечьем, заболеванием, полученными на фронте или во время других боевых действий в период прохождения военной службы**

Настоящий порядок определяет порядок установления причинной связи инвалидности с ранением, контузией, травмой, увечьем, заболеванием, полученными лицами, проходившими службу в составе Вооруженных Сил СССР на фронте или во время других боевых действий, в том числе при выполнении интернационального долга, зоне боевых действий при защите Кыргызской Республики, военнослужащим (в дальнейшем именуются - бывшие военнослужащие);

Уволенных с военной службы по состоянию здоровья и имеющих заключение военно-врачебной комиссии (ВВК) о причинной связи, указанные в свидетельстве о болезни, утвержденном штатными ВВК, в справке по форме №15, 16 или постановление Республиканской центральной ВВК (РЦВВК) о причинной связи, а также других документов и их заменяющих;

Уволенных с военной службы по состоянию здоровья, но не имеющих военно-медицинских документов;

Уволенных с военной службы по различным другим причинам.

Связь инвалидности с военной службой МСЭК устанавливает как по прямым последствиям ранения, увечья, контузии или заболевания, так и по различным их осложнениям и отдаленным последствиям независимо от срока обращения в МСЭК.

I. Бывшим военнослужащим, уволенным со службы по состоянию здоровья и имеющим заключение военно-врачебной комиссии о причинной связи заболевания (ранение, контузия, увечье) при установлении инвалидности вопрос о ее причине МСЭК определяет в точном соответствии с формулировкой постановления РЦВВК. Изменять это заключение МСЭК не правомочна.

При отсутствии в свидетельствах о болезни или в других военно-медицинских документах постановлений ВВК о причинной связи заболеваний (ранений, контузий, увечий) или несогласия с этим постановлением документы бывших военнослужащих МСЭК направляет на рассмотрение в РЦВВК.

II. Бывшим военнослужащим, уволенным со службы по состоянию здоровья, но не имеющим военно-медицинских документов, МСЭК устанавливает инвалидность, определяет ее причину только после получения соответствующего заключения РЦВВК.

III. Бывшим военнослужащим, уволенным со службы не по состоянию здоровья, вопросы связи причины инвалидности с военной службой решаются в следующем порядке:

1. При установлении инвалидности по последствиям ранения, контузии, увечья, или заболевания, имевшего место в период пребывания на фронте или в зоне других боевых действий и подтвержденного военно-медицинским документом, МСЭК правомочна решать вопрос о ее причинной связи независимо от срока обращения инвалида. Во внимание могут приниматься документы: свидетельство о болезни, справка по форме №16, постановление ВВК, справки военно-медицинских учреждений (санчасти, госпиталя, военно-медицинского музея, ОВВК, ЦВВК, РЦВВК) и т.п.

При отсутствии военно-медицинских документов у бывших военнослужащих, которые в период прохождения военной службы признавались ВВК ограниченно годными к службе или нуждающимися в отпуске по болезни, МСЭК должна направлять их документы на рассмотрение в РЦВВК для решения вопроса о причинной связи заболевания (ранения, контузии, увечья).

2. МСЭК может решать вопрос о связи причины инвалидности с пребыванием на фронте, военной службе (Вооруженных Сил СССР, Вооруженных Сил КР) в случае отсутствия у бывших военнослужащих военно-медицинских документов или при их ненадлежащем оформлении:

а) при хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях, которые не были выявлены в период военной службы;

по представлении документов, выданных лечебными учреждениями в первые пять лет после увольнения из Вооруженных Сил СССР, Вооруженных Сил Кыргызской Республики, либо позднее, но по данным за указанные 5 лет, которые дают основание отнести начало заболевания к периоду пребывания на военной службе, зоне боевых действий, выполнении интернационального долга, фронте;

б) в случаях, когда в военно-медицинских документах указаны отдельные симптомы заболевания, приведшего к инвалидности;

в) при последствиях ранения, контузии, увечья, если факт их получения указан в графе "анамнез" военно-медицинского документа, составленного в годы войны, или в графе "диагноз" указаны только отдельные симптомы заболевания, приведшего впоследствии к инвалидности;

г) при последствиях черепно-мозговой травмы, если в военно-медицинских документах имеются указания на ранения головы (лица), шеи или одновременно полученные множественные осколочные ранения любой локализации;

д) при последствиях ранения, если в военно-медицинском или ином военном документе (боевая характеристика, представления к награде, воинскому званию, аттестация и т.п.) имеются указания на тяжелое ранение ("тяжелое ранение").

В случаях, указанных в пункте 2 настоящего раздела, в МСЭК должны представляться:

- военные документы, подтверждающие службу бывшего военнослужащего в действующей армии;

- данные лечебного учреждения, содержащие сведения о состоянии здоровья бывшего военнослужащего, как правило, в течение 5 лет после увольнения со службы.

При установлении причины инвалидности, связанной с пребыванием на фронте во время ВОВ, в зоне боевых действий, без военно-медицинских документов в акт освидетельствования в МСЭК и в выписке из него указывается, что заключение вынесено без военно-медицинских документов на основании клинических данных.

3. Вопрос о причине инвалидности бывших военнослужащих, находившихся в плену, решается на основании справок Службы национальной безопасности Кыргызской Республики с указанием даты призыва на военную службу и увольнения, времени пребывания в плену, даты прохождения воинского переучета о годности к военной службе при демобилизации из Вооруженных Сил СССР, Вооруженных Сил Кыргызской Республики, а также в случае представления документов, выданных лечебным учреждением в первые 5 лет после увольнения с военной службы, либо позднее, но по данным за указанные пять лет, которые дают основания отнести начало заболевания к периоду пребывания в плену.

4. При отсутствии у бывших военнослужащих, в том числе и находившихся в плену, каких-либо данных об освидетельствовании в ВВК в период службы в Вооруженных Силах, но имеющих явные последствия телесных повреждений (отсутствие конечности, дефекты костей черепа, обширные рубцы после ранений, наличие инородных тел и т.п.), независимо от причины увольнения из армии, вопрос о связи полученных ранений (увечий) с пребыванием на фронте, в зоне боевых действий решается после освидетельствования их с участием судебно-медицинского эксперта и получения постановления РЦВВК.

5. Вопросы о причине инвалидности бывших партизан Великой Отечественной войны решаются в порядке, определенном в разделе III (пункты 1 и 2).

При освидетельствовании в МСЭК бывших партизан Великой Отечественной войны, имеющих явные последствия телесных повреждений (отсутствие конечности, дефекты костей черепа, обширные рубцы после ранений, наличие инородных тел и т.п.), факт ранения, увечья, полученного в период пребывания в партизанском отряде, может быть подтвержден свидетельскими показаниями бывшего командира и медицинского работника, оказывавшего медицинскую помощь. Подлинность подписей свидетелей удостоверяется в нотариальном порядке. Лица, освидетельствуемые в МСЭК, и свидетели представляют документы, подтверждающие факт пребывания в партизанском отряде.

6. Решение вопроса об установлении причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих (партизан) с пребыванием на фронте по разделу III (пункты 2, 3 и 5) возлагается на межрегиональные, областные, межобластные МСЭК, Главное управление МСЭ после тщательного медицинского обследования в лечебных учреждениях, а в необходимых случаях - после медицинского обследования в стационарах республиканских, областных.

7. Причина инвалидности, связанная с пребыванием на фронте, сохраняется у лиц, которым повышается группа инвалидности вследствие вновь присоединившихся заболеваний или последствий травм, а также в тех случаях, когда последствия ранения (контузии, увечья, заболевания) к моменту очередного переосвидетельствования не ограничивают трудоспособность, а установление группы инвалидности обусловлено возникшим заболеванием.

8. Военнослужащим, получившим на фронте или во время других боевых действий ранение, контузию или увечье, в том числе при выполнении интернационального долга, и признанным инвалидами от общего заболевания или других причин, устанавливается причинная связь инвалидности с указанным ранением, контузией, увечьем (за исключением случаев инвалидности вследствие противоправных действий).

**Утвержден постановлением Правительства Кыргызской Республики от 31 декабря 2002 года №915**

**Перечень медицинских показаний на получение специальных транспортных средств лицам, получившим трудовое увечье**

1. Культи обоих бедер или голеней, в том числе и после операций по Пирогову, Сайму.

2. Культя одного бедра на любом уровне и независимо от пригодности к протезированию.

3. Культя одной голени на любом уровне и независимо от пригодности к протезированию.

4. Культи обеих стоп на уровне сустава Шопара и более высокие уровни культей.

5. Заболевания костей и суставов, деформация нижних конечностей, значительно затрудняющих стояние и ходьбу.

6. Ложный сустав, крупный костный дефект бедра или обеих костей голени, болтающийся тазобедренный или коленный сустав, резко выраженная контрактура или анкилоз тазобедренного или коленного суставов, укорочение нижней конечности на 10 см и более, при сохранной функции другой нижней конечности.

7. Анкилоз или резко выраженная контрактура голеностопных суставов обеих нижних конечностей.

8. Параличи и парезы обеих нижних конечностей, параплегия гемипарез, гемиплегия, значительно затрудняющие передвижение.

9. Паралич или выраженный парез одной нижней конечности.

10. Повреждение нервно-сосудистого пучка одной нижней конечности со значительными трофическими нарушениями (обширные незаживающие язвы).

11. Заболевания, деформации позвоночника, значительно затрудняющие стояние и ходьбу.

12. Анкилозирующий спондилоартрит с вовлечением крупных суставов нижних конечностей.

13. Тромбооблитерирующие заболевания артерий нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью II или более степеней.

14. Варикозное расширение вен обеих нижних конечностей, осложненное тромбофлебитом или трофическими нарушениями при невозможности или безуспешности хирургического лечения.

15. Слоновость обеих нижних конечностей.

16. Тяжелые формы эмфиземы легких (пневмосклерозы с кардиопульмональной недостаточностью II степени).

17. Панцирное сердце.

18. Выраженная атаксия, гиперкинетический, амиостатический синдром.

19. Эндопротез тазобедренного или обеих коленных суставов.

20. Сочетание патологии одной конечности в парной патологии с хронически текущим (более 2 лет) остеомиелитом с наличием свища, полости с секвестром.