


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.І. Пирогова

**“Затверджено”**  
на методичній нараді  
кафедри медичної реабілітації  
та медико-соціальної експертизи  
 **Завідувач кафедри**  
проф. Колісник П.Ф.

« 30 » 08 2019 р.

МЕТОДИЧНА ВКАЗІВКА  
для лікарів-інтернів

Навчальна дисципліна	Основи експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності
Тема заняття №	Організація і методологія медико-соціальної експертизи та комплексної реабілітації хворих та інвалідів
Курс	Інтернатура

Вінниця

# **Методичні рекомендації для лікарів-інтернів для практичних занять по темі: «Організація і методологія медико-соціальної експертизи та комплексної реабілітації хворих та інвалідів».**

## ***I. Актуальність теми.***

Вивчення інвалідності є важливою медико-соціальною проблемою, особливо в сучасних умовах, у зв'язку з триваючим процесом постаріння населення та збільшенням числа осіб старшого віку з хронічними захворюваннями, які призводять до інвалідності. На стан показника інвалідності, крім демографічних і екологічних чинників, значною мірою впливають соціально-економічні умови життя та соціальна політика держави щодо інвалідів. Медико-соціальна експертиза втрати працездатності є складовою частиною системи державного соціального страхування та соціального захисту населення, в тому числі заходів з охорони здоров'я населення. Остаточна втрата особою працездатності та набуття інвалідності впливає не тільки на її соціально-економічний статус, а й на соціально-економічні показники країни в цілому. Право визнати хворого непрацездатним накладає на лікаря велику моральну і юридичну відповідальність та вимагає оволодіння теоретичними основами і практичними навичками медико-соціальної експертизи.

## **II. Студент повинен знати:**

- основні принципи організації експертизи стійкої втрати працездатності в Україні та регламентуючу її законодавчу та облікову документацію;
- основні принципи взаємодій лікуючого лікаря, лікувально-консультативних комісій та медико-соціальних експертних комісій при визначенні строків та показів для встановлення стійкої втрати працездатності;
- категорії інвалідності (статус інваліда в державі);
- структуру інвалідності за причинами;
- види інвалідності, критерії визначення груп інвалідності.
- визначення ступеня втрати проф. працездатності у відсотках при освідченні у МСЕК осіб, що підлягають обов'язковому соціальному страхуванню від нещасних випадків на підприємстві і професійних захворювань.
- організаційні основи професійної реабілітації інвалідів.
- організаційні основи професійної реабілітації інвалідів.
- організація і методика розробки ІПР.
- основи професійної та медичної реабілітації.

## **Студент повинен вміти:**

- розрізняти види працездатності за тривалістю та ступенем;
- трактувати поняття загальної інвалідності та інвалідизації;
- визначати строки та покази для встановлення стійкої втрати працездатності;
- заповнювати облікову документацію для направлення хворого на експертизу стійкої втрати працездатності;
- заповнити індивідуальну програму реабілітації.

## ***III. Виховні цілі:***

Формування у майбутніх лікарів поняття про стійку втрату працездатності, причини та строки її настання, законодавчу документацію та систему органів, які регламентують встановлення факту її настання в Україні.

## ***IV. Зміст теми заняття:***

## ***V. План та організаційна структура заняття.***

### **1. Інформація, що проробляється студентами самостійно:**

1. Визначення поняття інвалідності; класифікація інвалідності по групах важкості і причинам.
2. Завдання лікуючих лікарів та лікарських консультативних комісій ( ЛКК ) стосовно експертизи стійкої втрати працездатності.
3. Медико-соціальні експертні комісії ( МСЕК ) та їх види.
4. Функції МСЕК.
5. Зміст, призначення та порядок заповнення основних документів стійкої втрати працездатності при проведенні експертизи.
6. Визначення та оцінка тактики МСЕК стосовно встановлення причин та груп інвалідності при окремих її видах.
7. Визначення та оцінка показників інвалідності.
8. Інвалідність з дитинства, порядок її встановлення і вивчення рівнів та структури.
9. Визначення ступеня втрати проф. працездатності у відсотках при освідченні у МСЕК осіб, що підлягають обов'язковому соц. страхуванню від нещасних випадків на підприємстві і професійних захворювань.
10. Організаційні основи професійної та медичної реабілітації.

### **2 . Підготовчий етап .**

На початку заняття викладач формулює основні цілі заняття, коротко знайомить з його планом. Потім шляхом опитування проводить контроль вихідного рівня знань інтернів, з'ясовує, які елементи теми і якими студентами засвоєні неповно. В процесі виконання самостійної роботи цим інтернам і питанням приділяється особлива увага.

### ***Контрольні питання з теми заняття.***

1. Організація роботи МСЕ загального та спеціалізованого профілів.
2. Визначення групи, причини і строків настання інвалідності.
3. Визначення ступеня втрати проф. працездатності у відсотках при освідченні у МСЕК.
4. Організація роботи МСЕК по реабілітації.
5. Організаційні основи медичної та професійної реабілітації,
6. Методика розробки та оформлення індивідуальної програми реабілітації.

### **3. Основний етап**

### **4. Заключний етап**

Контроль кінцевого рівня засвоєння навчального матеріалу здійснюється шляхом підведення підсумків заняття за результатами перевірки вирішення інтернами ситуаційних задач та їх вибіркового опитування.

Домашнє завдання-кожний інтерн переписує у протокольний зошит завдання з теми наступного заняття.

## ***VI. Матеріали методичного забезпечення заняття.***

1. Матеріали для методичного забезпечення підготовчого етапу - методичні вказівки з даної теми для інтернів, лекційний матеріал, підручники.
2. Матеріали для методичного забезпечення основного етапу:
  - Індивідуальні завдання для самостійної роботи студентів.
  - Заповнення направлення на МСЕК.

### **Тестові завдання:**

1. Обов'язки міських, міжрайонних і районних МСЕК

\* визначення ступеню обмеження життєдіяльності людини, групи, причини та часу настання інвалідності

- аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності

\* визначення ступеня втрати професійної працездатності (%) працівників, які одержали каліцтво чи інше ушкодження, пов'язане з виконанням трудових обов'язків

- забезпечення надання інвалідам медичної допомоги у повному

- \* встановлення потреби інвалідів у соціальній допомозі (протезування, засоби пересування, робочі пристосування, постійний догляд тощо)
- \* розробка заходів медико-соціальної реабілітації та індивідуальних програм реабілітації, контроль за їх реалізацією
- визначення розміру та нарахування пенсії
- \* вивчення рівнів, структури, динаміки загальної та первинної інвалідності
- 2. Обов'язки республіканських, обласних, центральних міських МСЕК:
  - \* організаційно-методичне керівництво та контроль за діяльністю всіх підпорядкованих МСЕК (нижчих рівнів)
  - \* проведення переогляду осіб, які оскаржили рішення МСЕК нижчих рівнів
  - забезпечення надання інвалідам медичної допомоги в повному обсязі
  - \* проведення в складних випадках огляду хворих або інвалідів за направленнями МСЕК нижчих рівнів
  - забезпечення надання інвалідам соціальної допомоги
  - \* надання консультативної допомоги лікарям МСЕК нижчих рівнів з питань медико-соціальної експертизи
  - \* розробка комплексних заходів щодо профілактики, зниження рівня інвалідності та медико-соціальної реабілітації інвалідів

### 3. Який порядок направлення для огляду хворого у МСЕК?

1. Відповідно до п.3 Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності (затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 04.04.94р.№221) направлення для огляду хворого у МСЕК видається лікарсько-консультативною комісією відповідного ЛПЗ за формою затвердженою МОЗ, після клінічних досліджень, що підтверджують стійкий чи незворотній характер захворювання, а також у тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом 4-х міс. з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом 5-ти міс. У зв'язку з одним і тим же захворюванням за останні 12-ть міс., а хворий на туберкульоз – протягом 10-ти міс. З дня настання непрацездатності.

### Література:

1. Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко (за ред.) – Соц. медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль, "Укрмедкнига". 2000 р., с.155-160, 486-492.
2. Основы организации здравоохранения и страховой медицины (курс лекций). Харьков, „НФаУ”, 2006г., с. 185-186.
3. В.З.Кучеренко (под. ред.) – Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению, Москва, 2008 г., с. 287-315, 177-182.
4. Ю.В. Вороненко – Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Київ, "Здоров'я", 2002 р., с. 184-204, 329 – 332.
5. М. Є. Мілерян – Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вишах. Київ, "Хрещатик", 2004. 80 с.
6. Методичні розробки для практичних занять.
7. «Загальні положення діяльності МСЕК» Міненко В. – Правовий тиждень – Інтернет видання - №3(76)- 15 січня 2008 року.
8. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України №104 від 15.03.2007 Щодо організації, обліку та звітності з надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг.
9. Закон України № 2961 від 06.10.2005 Про реабілітацію інвалідів в Україні.
10. Постанова КМУ №1686 від 08.12.2006 Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів.
11. Наказ МОЗ України №212 від 22.11.95р. «Про затвердження Порядку встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно uszkodження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків».

Медична реабілітація за визначенням комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (1980) – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення пошкоджених внаслідок хвороби або травми функцій у період лікування і тим самим попередження інвалідності, а у випадках розвитку інвалідності – допомога хворому в досягненні максимально можливої фізичної, психічної, професійної та соціальної повноцінності і послідуєча найбільш адекватна інтеграція його в суспільство. Медична реабілітація включає всі види відновного лікування в умовах стаціонару або поліклініки, санаторно-курортне лікування, диспансерне спостереження з проведенням необхідних профілактичних заходів, протезування та ортезування.

Професійна реабілітація (А. В. Іпатов зі співавт., 2001) – це комплекс державних та суспільних заходів, які спрямовані на відновлення працездатності хворого або інваліда, повернення або включення інваліда у суспільно корисну працю у доступних для нього санітарно-гігієнічних умовах з урахуванням його особистих схильностей та побажань з метою досягнення ним матеріальної незалежності, самозабезпечення та інтеграції в суспільство. Професійна реабілітація включає заходи по забезпеченню зайнятості інвалідів, а також експертизу потенційних професійних здібностей, профорієнтацію, професійну підготовку та перепідготовку, підготовку виробництва до використання праці інвалідів, професійно-виробничу адаптацію, раціональне працевлаштування та динамічний контроль за раціональністю працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації.

Соціальна реабілітація за даними А. В. Іпатова зі співавт. (2001), - це комплекс заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції інвалідів, відновленню їхнього соціального статусу і здатності до суспільно корисної праці та самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації і соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального обслуговування.

Згідно з даними А.В.Іпатова з співавт. (2001), до соціальної реабілітації входять наступні заходи:

— *соціально-побутова і середовищна адаптація*, у тому числі консультації з різних питань соціально-побутової та середовищної адаптації; навчання неповнофункціональної особи (інваліда) основним соціальним навичкам (особистої гігієни, самообслуговуванню, пересуванню, спілкуванню та ін.), включаючи і допоміжні засоби реабілітації; пристосування побутових умов до потреб інваліда, забезпечення технічними засобами реабілітації, а також навчання раціональному їх використанню;

— *соціально-психологічна допомога і підтримка*;

— *фізична реабілітація*;

— інші види соціальної реабілітації: *юридично-правова допомога, навчання членів сім'ї навичкам обслуговування інваліда та ін.*

Таким чином, наведені вище дані свідчать про певну умовність розділення реабілітації на окремі підвиди. Враховуючи мету та задачі реабілітації та самої реабілітології, вони з повним правом можуть бути віднесені до соціальної медицини.



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Н А К А З**

№ 212 від 22.11.95  
м.Київ

Зареєстровано в Міністерстві  
юстиції України  
22 березня 1996 р.  
за № 136/1161

**Про затвердження Порядку встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків**

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 23.06.93 № 472 та з метою подальшого підвищення якості медико-соціальної експертизи при встановленні ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків, **Н А К А З У Ю:**

1. Затвердити Порядок встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків (додається).

2. Скасувати наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.12.93 № 242.

3. Скасувати листа Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.95 № 16.05/114.

4. Головному управлінню медико-соціальної експертизи встановити постійний контроль за застосуванням медико-соціальними експертними комісіями цього Порядку.

5. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київського і Севастопольського міських державних адміністрацій прийняти до відома і керівництва Порядок встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків.

Міністр

Є.С.Короленко

Затверджено  
наказом Міністерства охорони здоров'я

**Порядок  
встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня  
втрати професійної працездатності у відсотках працівникам,  
яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням  
трудових обов'язків**

За чинним законодавством власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган несе матеріальну відповідальність за шкоду, заподіяну працівникові каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я, пов'язаним з виконанням ним трудових обов'язків, а також за моральну шкоду, заподіяну потерпілому внаслідок фізичного чи психічного впливу небезпечних або шкідливих умов праці.

Відшкодування шкоди потерпілому складається з:

а) виплати втраченого заробітку (або відповідної його частини) залежно від ступеня втрати потерпілим професійної працездатності;

б) виплати в установлених випадках одноразової допомоги потерпілому (членам сім'ї та утриманцям померлого);

в) компенсації витрат на медичну та соціальну допомогу (посилене харчування, протезування, сторонній догляд тощо).

За наявності факту моральної шкоди - відшкодовується моральна шкода.

Розмір відшкодування втраченого потерпілим заробітку встановлюється відповідно до ступеня втрати професійної працездатності у відсотках і середньомісячного заробітку, який він мав до ушкодження здоров'я.

Утрачений заробіток або його частина відповідно до ступеня втрати професійної працездатності виплачується власником у повному розмірі, тобто без урахування розміру пенсії по інвалідності, а також незалежно від одержуваних потерпілим інших видів пенсій, заробітку (доходу) і стипендії.

Обмеження життєдіяльності потерпілого визначається повною або частковою втратою здатності до самообслуговування, пересування, спілкування, навчання, контролю з поведінкою, а також значним зменшенням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації тощо.

Професійна працездатність - здатність даного працівника до роботи за своєю професією (фахом) і кваліфікацією чи за іншою адекватною їй професією (фахом).

Професія - це рід трудової діяльності людини, що володіє комплексом спеціальних знань, практичних навичок, одержаних шляхом спеціальної освіти, навчання чи досвіду, які мають можливість здійснювати роботу в певній сфері виробництва.

Кваліфікація - рівень підготовленості, майстерності, ступінь готовності до виконання праці за визначеною спеціальністю чи посадою, що визначається розрядом, класом чи іншими атестаційними категоріями.

Фах (спеціальність) - це вид професійної діяльності, яка удосконалена шляхом спеціальної підготовки.

Основною професією слід вважати ту, яка безпосередньо передувала трудовому каліцтву чи професійному захворюванню чи та, в якій досягнута найбільш висока кваліфікація (найбільш висока заробітна платня), а для осіб некваліфікованої праці та, що виконувалась найбільш тривалий час.

Зведення про трудову діяльність потерпілого, умови праці та роботи, що виконувалась, уточнюються в процесі огляду, у необхідних випадках запитуються з місця роботи.

## 1. Загальні положення

1.1. На медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) покладено обов'язки:

а) встановлення рівня обмеження життєдіяльності потерпілого, причини, часу настання та групи інвалідності у зв'язку з ушкодженням здоров'я;

б) встановлення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках потерпілим, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням ними трудових обов'язків;

в) встановлення потреби у додаткових видах відшкодування (догляд, харчування, протезування, санаторно-курортне лікування, медикаментозне лікування тощо);

г) встановлення розміру додаткових витрат на розробку та реалізацію індивідуальної програми реабілітації потерпілого за формою, затвердженою МОЗ України від 20.01.92 N 16.01/47;

д) встановлення факту спричинення моральної шкоди;

є) огляд непрацездатних осіб, які були на утриманні померлого і мають право на відшкодування шкоди, а також осіб, які не були на утриманні померлого, але мали на день смерті право на одержання від нього утримання;

ж) визначення медичних показань на право одержання потерпілим автомобіля і протипоказань до керування;

з) встановлення причинного зв'язку смерті інвалідів з наслідками раніше отриманого каліцтва чи професійним захворюванням.

1.2. Огляд потерпілого МСЕК проводить при наявності:

а) акту про нещасний випадок на виробництві (ф.Н-1), висновку спеціалізованого медичного закладу (НДІ профпатології чи відділень профпатології) про професійний характер захворювання, акту розслідування професійного захворювання, направлення лікувально-профілактичного закладу (ф.88-у), направлення власника чи профспілкового органу підприємства, установи, організації, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання;

б) вироку чи рішення суду, постанови або направлення прокурора, слідчого, органу дізнання.

1.3. У разі втрати годувальника додатково додаються:

а) копія свідоцтва відділу реєстрації актів громадянського стану про смерть годувальника чи копія довідки про смерть, що була видана лікувально-профілактичним закладом;

б) довідка житлово-експлуатаційної організації або іншої уповноваженої на це організації про склад сім'ї, а також осіб, які були на утриманні (у тому числі батьків або інших членів сім'ї,



які не працюють і доглядають дітей, братів, сестер або онуків покійного віком до 8 років) або копія відповідного рішення суду;

в) довідка навчального закладу про навчання осіб віком до 23 років, які мають право на відшкодування шкоди.

1.4. При встановленні втрати професійної працездатності у відсотках і потреби у додаткових видах відшкодування МСЕК виходить тільки з наслідків даної травми чи іншого ушкодження здоров'я потерпілого.

1.5. У разі, коли трудове каліцтво чи інше ушкодження здоров'я погіршило перебіг захворювання, яким потерпілий страждав раніше, ступінь втрати професійної працездатності визначається, виходячи із викликаних ним порушень функцій організму з урахуванням тих, що були раніше.

1.6. У разі встановлення декількох професійних захворювань чи іншого ушкодження здоров'я у потерпілого, які він одержав, працюючи на одному підприємстві, МСЕК визначає ступінь втрати професійної працездатності по кожному захворюванню чи іншому ушкодженню здоров'я окремо та враховує загальний відсоток втрати професійної працездатності за сукупністю.

1.7. Якщо професійні захворювання чи інші ушкодження здоров'я виникли у потерпілого під час роботи на різних підприємствах, то втрата професійної працездатності у відсотках встановлюється по кожному професійному захворюванню чи іншому ушкодженню здоров'я окремо.

1.8. На запит підприємства, установи, організації медико-соціальні експертні комісії на підставі даних медекспертної справи, довідки про причину смерті або даних патолого-анатомічного розтину видають висновки про причинний зв'язок смерті інваліда з наслідками раніше отриманого трудового каліцтва чи професійного захворювання. ( Розділ 1 доповнено пунктом 1.8 згідно з Наказом МОЗ N 238 від 05.08.98 )

## 2. Коло осіб, які мають пройти огляди МСЕК

2.1. МСЕК оглядає і робить висновки про ступінь втрати професійної працездатності у відсотках тим працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків на території організації та за її межами, а також під час проїзду на роботу або з роботи на транспорті підприємства, установи, організації.

2.2. Працівникам, які отримали ушкодження здоров'я під час поїздки на роботу чи з роботи громадським транспортом при виконанні державних чи громадських обов'язків та при інших обставинах, не пов'язаних з виконанням трудових обов'язків, ступінь втрати професійної працездатності у відсотках встановлюють судово-медичні експертні комісії.

2.3. У разі смерті потерпілого від наслідків трудового каліцтва чи професійного захворювання (за підтвердженням лікувально-профілактичного закладу) МСЕК приймає на огляд непрацездатних осіб, які перебували на утриманні померлого і мають право на відшкодування шкоди, а також непрацездатних осіб, які не перебували на його утриманні, але які не мали на день смерті право

на одержання від нього утримання.

### 3. Встановлення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках

3.1. При встановленні ступеня втрати професійної працездатності у відсотках МСЕК у кожному конкретному випадку визначає ступінь та тяжкість порушення функцій організму, а при відсутності органу – ступінь компенсації втрачених функцій, можливість потерпілим виконувати роботу за певною професією або роботу однакову за кваліфікацією та оплатою, зокрема, можливість виконувати роботу в звичайних або спеціально створених умовах за основною професією чи близькою до неї за кваліфікацією.

3.2. Рішення про ступінь втрати професійної працездатності та додаткові види відшкодування МСЕК приймає на підставі огляду потерпілого, вивчення медичних документів та результатів функціональних досліджень з урахуванням соціально-трудових факторів (професії, умов праці, характеру, обсягу виконуваної роботи тощо).

3.3. У випадках, коли внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання настало різко виражене обмеження життєдіяльності, що призвело до різко вираженої соціальної дезадаптації та потреби у постійному сторонньому догляді або допомозі встановлюється 100 відсотків втрати професійної працездатності.

3.4. У випадках, коли внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання настало різко виражене обмеження життєдіяльності, яке призвело до вираженої соціальної дезадаптації, але вказані порушення не викликають потреби в постійному сторонньому догляді чи допомозі і потерпілий може виконувати роботу в пристосованих умовах, втрата професійної працездатності становить від 80 до 70 відсотків.

3.5. У випадках, коли внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання настає значне зниження можливостей соціальної адаптації з урахуванням соціального фактору та наявності робочих місць встановлюється:

а) 60-50 відсотків при втраті працездатності за основною професією та можливостях працевлаштування потерпілого на роботі з нижчою кваліфікацією;

б) 40-30 відсотків якщо потерпілого можливо використовувати на роботі за своєю професією, але при змінах умов праці та зниженні заробітної плати.

3.6. Якщо внаслідок трудового каліцтва або іншого ушкодження здоров'я немає підстав для встановлення групи інвалідності, але за станом здоров'я потерпілий потребує незначного обмеження виконуваної роботи, що призводить до незначного зниження заробітку, МСЕК встановлює до 25 відсотків втрати професійної працездатності.

3.7. Рішення МСЕК про причинний зв'язок професійного захворювання з конкретною професією (посадою), яка сприяла розвитку захворювання та терміном його настання, приймається на підставі висновку спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу і це зазначається в довідці про результати визначення

ступеня втрати професійної працездатності у відсотках, потреби у додаткових видах допомоги, яка видається потерпілому.

3.8. Під моральною шкодою розуміють фізичні і моральні страждання, спричинені потерпілому в результаті трудового каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я. При встановленні факту моральної шкоди МСЕК враховує як характер каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я, так і залишкову працездатність потерпілого.

Висновком медичних органів як підставою для відшкодування моральної шкоди може бути висновок лікаря-психіатра лікувально-профілактичного закладу, або лікарсько-консультаційної чи медико-соціальної експертної комісії про стрес, якого зазнав потерпілий у результаті трудового каліцтва чи професійного захворювання, чи їх наслідків, про депресію чи інші негативні вияви стану потерпілого. Такі висновки слід розглядати

в комплексі з іншими документами і наявними відомостями про потерпілого.

#### 4. Відшкодування додаткових витрат

4.1. Власник забезпечує медичну, соціальну та професійну реабілітацію потерпілого відповідно до висновків МСЕК.

4.2. Додаткові витрати визначаються згідно з індивідуальною програмою реабілітації інваліда, затвердженою МОЗ України від 20.01.92 N 10.01/47.

4.3. Витрати на медичну реабілітацію (діагностичні, лікувальні засоби тощо) визначаються МСЕК на підставі висновків та рахунків лікувально-профілактичних закладів, довідок про їх вартість, рецептів.

4.4. Витрати на додаткове харчування (харчування, яке призначається додатково до існуючих дієт, коли не в повній мірі задовольняються потреби організму хворого в харчових речовинах та енергії) компенсуються у випадках:

а) коли при перебуванні хворого в стаціонарі або спеціалізованому реабілітаційному закладі виникає потреба у лікувальному харчуванні, яке цей заклад не може забезпечити;

б) занепаду харчування II чи III ступеня у інвалідів I-II групи;

в) коли у потерпілого внаслідок морфо-функціональних змін, що настали через трудове каліцтво чи професійне захворювання має місце надмірна втрата поживних речовин, яка підтверджується функціональними методами дослідження.

Додаткове харчування призначається на конкретно встановлений термін за раціоном харчування, який складає дієтолог чи лікуючий лікар та затверджує МСЕК. Неможливість забезпечення потерпілого додатковим харчуванням у лікувально-профілактичному або реабілітаційному закладі підтверджується довідкою за підписом головного лікаря (директора).

4.5. Витрати на протезування компенсуються потерпілому згідно з висновком МСЕК про потребу в протезуванні за рахунками протезних підприємств.

4.6. За висновком МСЕК потерпілий забезпечується допоміжними побутовими технічними засобами за його рахунок, а у разі можливості - за рахунок підприємства.

4.7. При наявності у потерпілого відповідно до висновків МСЕК медичних показань для одержання автомобіля, власник відшкодовує придбання автомобіля "Таврія" з ручним керуванням, запасних частин до нього, а також витрати на придбання пального, ремонт і технічне обслуговування, навчання керування автомобілем.

4.8. МСЕК не рідше одного разу на три роки, а для інвалідів першої групи щороку робить висновок про потребу потерпілого з даним ушкодженням здоров'я у санаторно-курортному лікуванні.

Потреба у санаторно-курортному лікуванні визначається МСЕК за прямими наслідками каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я потерпілого.

У разі необхідності супроводу потерпілого, МСЕК виносить рішення про потребу у супроводі, що є підставою для відшкодування шкоди на його проїзд, сплату добових і компенсацію витрат на житло.

У разі, коли санаторно-курортне лікування необхідно потерпілому не у зв'язку з даним каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я, то рішення про потребу у такому лікуванні МСЕК не виносить, а потерпілий забезпечується санаторно-куротною путівкою у звичайному порядку.

4.9. Висновок МСЕК щодо потреби потерпілого у постільній та натільній білизні виноситься на підставі рішення ЛКК про таку потребу згідно з нормативами, затвердженими МОЗ.

4.10. Згідно з висновком МСЕК можуть бути відшкодовані і інші витрати, якщо вони пов'язані з даним трудовим каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я (оплата вартості предметів догляду за хворим тощо).

4.11. МСЕК встановлює потребу потерпілого у необхідних видах догляду:

а) спеціальним медичним доглядом забезпечуються інваліди, які потребують життєвоважливих щоденних, багаторазових медичних маніпуляцій (уколи, перев'язки, промивання порожнин тіла тощо);

б) звичайного постійного догляду потребують інваліди, які не можуть самостійно приймати їжу, забезпечувати туалет, потребують допомоги при прогулянках тощо;

в) побутового догляду потребують інваліди, які за наслідками травм чи професійного захворювання нездатні себе обслуговувати, оскільки мешкають у приміщеннях з несприятливими соціально-побутовими умовами (відсутність централізованого водопостачання, опалення, каналізації, громадського транспорту тощо), а також у разі відсутності можливостей для розміщення одиноких інвалідів у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, пансіонатах ветеранів війни та праці, які проживають в несприятливих соціально-побутових умовах (відсутність водоводу, центрального опалення, каналізації, громадського транспорту тощо), а також при відсутності можливостей до розміщення одиноких інвалідів у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, пансіонатах ветеранів війни та праці (далі - будинках-інтернатах. Якщо інвалід мешкає у

будинку-інтернаті, то, при необхідності, МСЕК виносить висновок про потребу у побутовому догляді, який компенсується адміністрації будинку-інтернату власником.

4.12. Відповідно до висновку МСЕК власник за згодою потерпілого повинен забезпечити його навчання, перенавчання та працевлаштування, якщо внаслідок трудового каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я він не може виконувати попередню роботу.

4.13. Відшкодування шкоди проводиться протягом встановленого МСЕК терміну втрати працездатності та терміну надання потерпілому медичних та соціальних послуг.

## 5. Терміни переогляду потерпілих у медико-соціальних експертних комісіях

5.1. Переогляд інвалідів для встановлення ступеня втрати професійної працездатності проводиться через 1-3 залежно від характеру наслідків трудового каліцтва чи професійного захворювання і можливості повного чи часткового відновлення працездатності після проведення реабілітаційних заходів.

5.2. Після реалізації програми реабілітації потерпілого ступінь втрати професійної працездатності у відсотках без зазначення терміну переогляду встановлюється:

а) при анатомічних дефектах відповідно до "Інструкції про встановлення груп інвалідності", затвердженої МОЗ 28.12.91 N 16.01/20;

б) при неефективності всіх можливих реабілітаційних заходів;

в) при стійких незворотних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів та систем організму;

г) громадянам, які мають право на пенсію за пільговим пенсійним забезпеченням, а також чоловікам у віці понад 60 років, жінкам – понад 55 років.

5.3. Потерпілим, що навчаються у середніх, середніх спеціальних, вищих навчальних закладах, аспірантурі ступінь втрати професійної працездатності переглядається після закінчення навчання.

5.4. Переогляд потерпілих раніше зазначеного терміну, а також потерпілих, яким ступінь втрати професійної працездатності встановлена безстроково може бути проведений за їх заявою, при зміні стану здоров'я та працездатності, за заявою власника підприємства (установи, організації), якщо аргументи, що викладені в заяві визнані обґрунтованими або при виявленні фактів необґрунтованого рішення МСЕК чи винесенні рішення на підставі підrobних документів, чи за постановою суду.

5.5. Оскарження рішення МСЕК про встановлення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках здійснюється згідно з розділом V пп.34, 35 "Положення про медико-соціальну експертизу"

6. Даний Порядок погоджено з Міністерством соціального захисту населення України, Міністерством праці України, Держнаглядом праці України, Верховним Судом України, Генеральною прокуратурою України.