Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 30 қаңтардағы
№ 44 бұйрығымен
бекітілген

Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидалары

1. Жалпы ережелер

1. Осы Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) мүгедектікті және еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу, сондай-ақ куәландырылатын адамның әлеуметтік қорғау шараларына қажеттілігін айқындау тәртібін регламенттейді.

2. Мүгедектікті және еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеуді, сондай-ақ куәландырылатын адамның әлеуметтік қорғау шараларына қажеттілігін айқындауды Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің аумақтық бөлімшелері (бұдан әрі – аумақтық бөлімшелер) медициналық-әлеуметтік сараптама (бұдан әрі – МӘС) жолымен жүргізеді.

Ауру мен мүгедектіктің деңгейіне, құрылымына қарай МӘС бөлімдері жалпы бейіндегі, мамандандырылған бейіндегі (кәсіптік ауруы бар, туберкулезбен ауыратын, психикалық ауытқулары бар науқастар үшін) және педиатриялық бейіндегі МӘС бөлімдері болып бөлінеді.

3. Осы Қағидаларда мынадай ұғымдар пайдаланылады:

1) біліктілік – қызметкердің кәсіптік даярлығының дәрежесі, күрделі белгілі дәрежедегі жұмысты орындау үшін қажетті білімі, ептілігі мен дағдыларының болуы;

2) денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) – Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрілігі;

3) «Еңбек гигиенасы мен кәсіптік аурулар ұлттық орталығы» республикалық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны (бұдан әрі – Еңбек гигиенасы мен кәсіптік аурулар ұлттық орталығы) – денсаулық сақтау жүйесіндегі профпатологиялық көмек көрсету мәселелері бойынша ұйымдастырушылық-әдістемелік орталық болып табылатын және еңбек гигиенасы, медициналық экология және кәсіптік патология саласындағы ғылыми-зерттеу қызметін және кәсіптік аурулар мен уланулар (кәсіппен аурудың байланысын анықтау) диагнозын белгілеу кезінде сараптау, кәсіптік патология саласында мамандандырылған көмекті, кәсіптік патология саласындағы мамандарды

даярлауды және қайта даярлауды жүзеге асыратын мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымы.

4) еңбек ету қабілетінен айырылу – қызметкердің жұмысты орындау, қызмет көрсету қабілетінен айырылуы, оның дәрежесі айырылған еңбек ету қабілетіне пайыздық қатынаста көрсетіледі;

5) еңбек қабілеті – жұмыстың орындалу мазмұнына, көлеміне және шарттарына қойылатын талаптарға сәйкес қызметті жүзеге асыру қабілеті;

6) кәсіп – арнайы даярлықтың және жұмыс тәжірибесінің нәтижесінде алған теориялық білімі мен практикалық машықтар кешенін меңгерген адамның еңбек қызметінің (кәсібінің) түрі;

7) кәсіптік ауру – қызметкердің өзінің еңбек (қызмет) міндеттерін орындауына байланысты оған зиянды өндірістік факторлардың әсер етуінен болған созылмалы немесе қатты ауру;

8) кәсіптік еңбек ету қабілеті – қызметкердің белгілі бір біліктіліктегі, көлемдегі және сападағы жұмысты орындауға қабілеті;

9) кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұдан әрі – КЕА дәрежесі) – қызметкердің еңбек (қызметтік) міндеттерін орындау қабілеті төмендеуінің деңгейі;

10) куәландыру – оңалту әлеуеті мен болжамын белгілей және ескере отырып, МӘС жүргізу;

11) куәландырылатын адам – оған қатысты МӘС жүргізілетін адам;

12) МӘС – организм функциясының тұрақты бұзылуынан туындаған тіршілік-тынысының шектелуін бағалау негізінде куәландырылатын адамның әлеуметтік қорғау шараларына қажеттіліктерін белгіленген тәртіппен айқындау;

13) МӘС әдіснама және бақылау бөлімі – аумақтық бөлімшенің МӘС мәселелері бойынша әдіснаманы және бақылауды жүзеге асыратын бөлімі;

14) МӘС бөлімі – аумақтық бөлімшенің МӘС жүргізу жөніндегі бөлімі;

15) медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) – адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін қолжетімді медициналық қызметтер кешенін қамтитын, тәулік бойғы медициналық бақылаусыз дәрігерге дейінгі немесе білікті медициналық көмек;

16) мультидисциплинарлық команда – медициналық оңалту бойынша дайындығы бар және медициналық оңалтудың барлық кезеңдерінде денсаулық сақтау ұйымының басшысы құратын үйлестіруші дәрігердің басшылығымен кешенді оңалту көрсететін әртүрлі мамандар тобы;

17) мүгедек – тіршілік-тынысының шектелуіне және оны әлеуметтік қорғау қажеттігіне әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттардан, олардың салдарынан, кемістіктерден организм функциялары тұрақты бұзылып, денсаулығы бұзылған адам;

18) мүгедек бала – тіршілік-тынысының шектелуіне және оны әлеуметтік қорғау қажеттігіне әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттардан, олардың

салдарынан, кемістіктерден организм функциялары тұрақты бұзылып, денсаулығы бұзылған он сегіз жасқа толмаған адам;

19) мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасы (бұдан әрі – ОЖБ) – мүгедекті оңалтуды жүргізудің нақты көлемін, түрлері мен мерзімдерін айқындайтын құжат;

20) мүгедектік – организм функциялары тұрақты бұзылып, денсаулығының бұзылуы салдарынан адамның тіршілік-тынысының шектелу дәрежесі;

21) мүгедектерді әлеуметтік қорғау – мүгедектерге әлеуметтік көмек көрсету, оңалту, сондай-ақ олардың қоғамға етене араласуы жөніндегі шаралар кешені;

22) мүгедектерді оңалту – организм функцияларының тұрақты бұзылып денсаулықтың бұзылуынан туындаған тіршілік-тынысының шектелуін жоюға немесе мүмкіндігінше толық өтеуге бағытталған медициналық, әлеуметтік және кәсіптік іс-шаралар кешені;

23) оңалту әлеуеті – мүгедек организмінің бұзылған функциялары мен қабілеттерін медициналық, психологиялық және әлеуметтік факторларды талдау негізінде қалпына келтірудің нақты мүмкіндіктерінің көрсеткіші;

24) оңалту болжамы – оңалту әлеуетін іске асырудың болжамды мүмкіндігі және мүгедекті қоғамға кіріктірудің болжамды деңгейі;

25) оңалту-сараптамалық диагностика – оңалту әлеуетінің, оңалту болжамының бағасы;

26) организм функциялары – организм жүйелерінің физиологиялық (психикалықты қоса алғандағы) функциялары;

27) организм функцияларының бұзылуы – организмнің қызметінде немесе құрылымында туындайтын, олардың нормадан едәуір ауытқуы ретінде қаралатын проблемалар;

28) өндірістік жарақат – өзінің еңбек міндеттерін орындау кезінде алған, еңбек ету қабілетінен айырылуына әкеп соққан, қызметкер денсаулығының зақымдануы;

29) тіршілік-тынысының шектелуі – адамның өзін-өзі қарап күту, өздігінен жүріп-тұру, бағдарлай алу, қарым-қатынас жасау, өзінің мінез-құлқын бақылау, оқу және еңбек қызметімен айналысу қабілетінен немесе мүмкіндігінен толық немесе ішінара айырылуы.

2. МӘС жүргізу үшін негіздер

4. Медициналық ұйымның дәрігерлік-консультациялық комиссиясының (бұдан әрі – ДКК) жолдамасы:

1) организм функциялары тұрақты бұзылған кезде алғаш куәландыру;

2) қайталап куәландыру (қайта куәландыру);

3) медициналық ұйымдардың дәрігерлеріне консультациялық көмек көрсету мақсатында МӘС жүргізу үшін негіздеме болып табылады.

5. Медициналық ұйымдар ауруға, жарақат зардаптарына немесе кемістікке байланысты организм функцияларының тұрақты бұзылуын растайтын диагностикалық, емдеу және оңалту іс-шараларын жүргізгеннен кейін, анатомиялық кемістіктері немесе организм функцияларының едәуір немесе өте айқын білінетін бұзылушылықтары бар және оңалту әлеуеті жоқ жазылмайтын ауруларды қоспағанда, уақытша еңбекке жарамсыз болған адамдарды, диагнозы белгіленген сәттен бастап кемінде төрт айдан кейін МӘС-ке жібереді.

Қазақстан Республикасы Еңбек кодексінің 54-бабы 1-тармағының 17) тармақшысына сәйкес екі айдан астам еңбекке уақытша жарамсыздық мерзімі белгіленетін аурулар түрлерінің тізбесіне кірмейтін организм функцияларының шамалы білінетін бұзылуы бар кәсіптік аурулар жағдайларында, медициналық оңалтуды жүргізу үшін көрсетілімдер болмаған кезде уақытша еңбекке жарамсыздық мерзімі есепке алынбастан куәландырылатын адам КЕА дәрежесін белгілеу мақсатында МӘС-ке жіберіледі.

6. Медициналық ұйымдар қайта куәландырудың кезекті мерзімін ескере отырып, мүгедектерді және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылған адамдарды қайта куәландыруға (қайтадан куәландыруға) жібереді.

7. Медициналық ұйымдардың дәрігерлеріне консультациялық көмекті ДКК қорытындысының, медициналық құжаттардың, оның ішінде науқастың консультацияға жолдамасы бар амбулаторлық медициналық картасы негізінде МӘС бөлімі және (немесе) МӘС әдіснама және бақылау бөлімі жүргізеді. МӘС бөлімінің және (немесе) МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің консультациялық қорытындысы амбулаторлық науқастың медициналық картасына енгізіледі.

Медициналық тексеріп-қараудың толықтығын, көлемін және адамды МӘС-ке жіберудің негізділігін жолдама берген медициналық ұйымның ДКК төрағасы қамтамасыз етеді.

3. Куәландыру (қайта куәландыру) тәртібі

8. Куәландырылатын (қайта куәландырылатын) адамға МӘС медициналық ұйымның ДКК жолдамасына сәйкес:

1) тұрғылықты (тіркелген) жері бойынша;

2) тиісті өңірдің МӘС бөлімдерінің және (немесе) МӘС әдіснама және бақылау бөлімдерінің орналасқан жері бойынша;

3) стационарлық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарында емдеуде болған жері бойынша;

4) түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторларында жүргізіледі.

9. Куәландыру (қайта куәландыру) осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу

дәрежесін белгілеуге және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындауға арналған өтініш бойынша мынадай құжаттар ұсынып отырып жүргізіледі:

1) осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша пациентті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігінің көшірмесін (бұдан әрі – ОЖБ-ның медициналық бөлігі) қоса бере отырып, онда көрсетілген жіберу күнінен бастап бір айдан кешіктірмей «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдама (бұдан әрі – 088/у нысан);

2) жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы;

3) тұрғылықты жері бойынша тіркелгенін растайтын құжатты (мекенжай анықтамасын не ауылдық әкімнің анықтамасын). Адамды түзеу мекемесінде немесе тергеу изоляторында ұстау фактісін растайтын анықтама (еркін нысанда);

4) ауру динамикасын талдау үшін амбулаторлық пациенттің медициналық картасы. Болған жағдайда ауру тарихынан үзінді көшірмелердің, мамандар қорытындыларының және зерттеу нәтижелерінің көшірмелері.

Бұдан басқа, мынадай құжаттар ұсыналады:

1) жеке сәйкестендіру нөмірінің көшірмесі және салыстырып тексеру үшін түпнұсқасы – жеке басын куәландыратын құжатта жеке сәйкестендіру нөмірі болмаған жағдайларда;

2) медициналық ұйымға бекіту анықтамасының көшірмесі (талоны) – «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы кодексінің 7-бабы 1-тармағының 103) тармақшасына сәйкес тұрғылықты (тіркелген) жерінен тыс МСАК ұйымдарына бекітілген жағдайда;

3) еңбекке уақытша жарамсыздық парағы (анықтамасы) – жұмыс істейтін адам ұсынады;

4) еңбек қызметін растайтын құжаттың көшірмесі және (немесе) осы Қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес нысан бойынша өндірістегі еңбек сипаты мен еңбек жағдайлары туралы мәліметтер (жұмыс беруші толтырады) – алғашқы куәландыру кезінде еңбек етуге қабілетті жастағы адам ұсынады (болған жағдайда), өндірістік жарақаттар немесе кәсіптік аурулар болған жағдайларда ұсыну міндетті;

5) ДКК қорытындысы әзірленген күннен бір айдан кешіктірмей ұсынылған – консультацияға бағыттаған жағдайда, үйде куәландырудың (қайта куәландырудың) қажеттігі, ОЖБ қалыптастыру немесе түзетуге стационарда немесе сырттай бағыттау жағдайында;

6) міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу (немесе қатыспау) фактісін растайтын құжат – осы әлеуметтік тәуекел бойынша жалпы еңбек ету

қабілетінің дәрежесі (бұдан әрі – ЖЕА дәрежесі) алғаш рет белгіленген жағдайларда ұсынылады;

7) Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің «Өндірістегі жазатайым оқиғаларға байланысты құжаттардың нысандарын бекіту туралы» 2009 жылғы 3 наурыздағы № 74-ө бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5614 болып тіркелген) жазатайым оқиға туралы актінің көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы – өндірістік жарақат алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан адам осы сақтандыру жағдайы бойынша алғашқы рет КЕА дәрежесін белгілеу кезінде ұсынылады;

8) Еңбек гигиенасы мен кәсіптік аурулар ұлттық орталығының берілгеніне екі жылдан аспаған қорытындысы (еркін нысанда) – кәсіптік ауруға шалдыққан адам ұсынады;

9) себеп-салдарлық байланысты белгілеген тиісті қызмет саласындағы уәкілетті орган берген құжат – жараланумен, контузиямен, жарақаттанумен, аурумен байланысты мүгедектіктің себебін анықтау үшін бір рет беріледі;

10) еңбек (қызметтік) міндеттерін орындау кезінде алған жарақаттанумен немесе аурумен себеп-салдарлық байланысы туралы соттың шешімінің көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы – жұмыс беруші-жеке кәсіпкердің жұмысы тоқтатылған немесе заңды тұлға жойылған жағдайда өндірістік жарақат алған немесе кәсіптік аурумен ауырған адам ұсынады;

11) мүгедектің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайын тексеру актісі – тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларды жақсартуға ОЖБ-ның әлеуметтік бөлігін әзірлеу үшін осы Қағидаларға 4-қосымшаға сәйкес нысан бойынша мүгедек немесе оның заңды өкілі ұсынады. Тұрғын үй-тұрмыстық жағдайды тексеру актісін жергілікті атқарушы органдардың мамандары жүргізеді.

Құжаттар мемлекеттік немесе орыс тілдерінде ұсыналады.

10. МӘС және медициналық ұйымдардың дәрігерлеріне консультациялық көмек ұсынылған құжаттарды (клиникалық-функционалдық, әлеуметтік, кәсіптік және өзге де деректерді) қарау, куәландырылатын адамды тексеру, организм функцияларының бұзылуы мен тіршілік-тынысының, оның ішінде еңбек ету қабілетінің шектелуі дәрежесін бағалау жолымен МӘС бөлімі немесе МӘС әдіснама және бақылау бөлімі басшысының және кемінде екі бас маманның қатысуымен алқалы түрде жүргізіледі.

11. МӘС бөлімінің немесе МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің сараптамалық қорытындысы осы Қағидаларға 5-қосымшаға сәйкес организмнің негізгі функциялары бұзылуының және тіршілік-тынысы шектелуінің жіктемесі (бұдан әрі – жіктеме), сондай-ақ осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес он алты жасқа дейінгі мүгедек бала мүгедек деп танылатын медициналық көрсетілімдердің негізінде организмнің жай-күйі мен тіршілік-тынысының шектелу дәрежесін кешенді бағалауға байланысты шығарылады.

12. МӘС бөлімінің сараптамалық қорытындысы:

1) жүгінген күні;

2) МӘС бөлімі алдын ала шығарылған сараптамалық қорытындысымен бірге куәландырылатын адамды және (немесе) куәландырылатын адамның құжаттарын МӘС әдіснама және бақылау бөліміне консультацияға жіберген жағдайларда жүгінген күнінен бастап он жұмыс күні ішінде шығарылады. МӘС әдіснама және бақылау бөлімі консультациялық қорытынды шығарады, ол МӘС бөлімі сараптамалық қорытынды шығару кезінде есепке алынады.

Егер куәландырылатын адам МӘС бөліміне және (немесе) МӘС әдіснама және бақылау бөліміне келмесе, МӘС бөлімі оныншы жұмыс күні алдын ала шығарылған сараптамалық қорытындыға сәйкес және МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің консультациялық қорытындысын ескере отырып сараптамалық қорытынды шығарады.

13. Куәландыру (қайта куәландыру) куәландырылатын адамның немесе заңды өкілінің келісімімен үйде, стационарда және куәландырылатын адам тасымалдауға келмейтін және (немесе) қызмет көрсетілетін өңірден тыс жерлерде стационарлық емделуде жүрген жағдайларда сырттай, денсаулық жағдайы туралы ДКК қорытындысының және осы Қағидалардың 9-тармағында айқындалған құжаттардың негізінде жүргізіледі.

Сырттай куәландырылған (қайта куәландырылған) жағдайда МӘС-ке жолдаманы куәландырылатын адамның орналасқан жері бойынша өңірдің медициналық ұйымы рәсімдейді.

14. Сырттай мүгедектік және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі куәландырылған адамды мүгедектік белгіленген сәттен бастап алты айдың ішінде бақылап тексеріп, бір жылдан аспайтын мерзімге бір рет айқындалады.

15. МӘС-ке жолдама сапасыз және (немесе) негізсіз ресімделген жағдайда МӘС бөлімі тексеру және ұсынылған медициналық құжаттарды талдау деректерінің негізінде сараптамалық қорытынды шығарады және сараптамалық қорытынды шығарылған күннен бастап он жұмыс күні ішінде бұл туралы медициналық және фармацевтикалық қызмет көрсету саласындағы бақылау жөніндегі мемлекеттік органның аумақтық бөлімшесін және пациентті жіберген медициналық ұйымды 088/у нысанының көшірмесін қоса бере отырып жазбаша түрде хабардар етеді, ол туралы МӘС актісінде және 088/у нысанының МӘС қорытындысы туралы денсаулық сақтау ұйымының хабарламасында жазылады.

16. МӘС жүргізген кезде сараптамалық, құқықтық және басқа да мәселелерді шешу үшін әкімшілік шығындарға көзделген қаражат есебінен осы қызметтерге ақы төлей отырып консультанттарды (педиатрды, психологты, заңгерді және басқа да мамандарды) тартады.

17. Куәландырылатын адамның осы Қағидалардың 9-тармағында белгіленген құжаттарды МӘС бөліміне ұсынған күні мүгедектікті, еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу күні болып есептеледі.

18. Организм функцияларының бұзылуы мен тіршілік-тынысының, оның ішінде еңбек ету қабілетінің шектелуі дәрежесіне қарай мүгедек деп танылған

адамға бірінші, екінші немесе үшінші топтағы мүгедектік, ал он алты жасқа дейінгі адамға «мүгедек бала» санаты, ал он алты жастан он сегіз жасқа дейінгі адамға бірінші, екінші, үшінші топтағы «мүгедек бала» санаты белгіленеді.

19. МӘС жүргізу кезінде мынадай мүгедектік себептері және (немесе) ЖЕА дәрежелері айқындалады:

1) жалпы ауру;

2) еңбек жарақаты;

3) кәсіптік ауру;

4) бала кезінен мүгедек;

5) он алты жасқа дейінгі мүгедек балалар;

6) он алтыдан он сегіз жасқа дейінгі мүгедек балалар;

7) тиісті қызмет саласындағы уәкілетті орган себептік-салдарлық байланысты белгілеген жағдайда, қызмет міндеттерін атқару кезінде, әскери қызмет өткеру кезінде, азаматтық немесе әскери мақсаттағы ядролық объектілердегі авариялардың зардаптарын жою кезінде не ядролық объектілердегі авариялық жағдайлар нәтижесінде алған жарақат, контузия, мертігу, ауру, әскери қызмет міндеттерін (қызметтік міндеттерін) атқаруға байланысты емес жазатайым жағдайдың салдарынан болған мертігу не әскери және қызметтік борышын орындауға байланысты емес ауру;

8) тиісті қызмет саласындағы уәкілетті орган себеп-салдарлық байланысты белгілеген жағдайда төтенше экологиялық жағдайлар, оның ішінде ядролық жарылыстар мен сынақтар кезіндегі радиациялық әсер етудің салдарынан және (немесе) олардың зардаптарынан болған мүгедектер.

Мүгедектіктің себебі оның себептік-салдарлық байланысын анықтаған уәкілетті орган келтірген тұжырымдармен қатаң сәйкестікте шығарылады.

20. Өзінің еңбек (қызметтік) міндеттерін атқару кезінде өндірістік жарақат алған және (немесе) кәсіптік ауруға шалдыққан қызметкерді (бұдан әрі – зақым келген қызметкер) МӘС жүргізу кезінде КЕА мынадай себептері белгіленеді:

1) еңбек жарақаты;

2) кәсіптік ауру.

21. Егер куәландырылатын адам мүгедектік себебін ауыстырғысы келсе, МӘС бөліміне себептік-салдарлық байланысты растайтын, осы Қағидалардың 9-тармағының 5), 11), 12), 13) және 14) тармақшаларында көрсетілген тиісті құжаттарды ұсынған күн мүгедектік себебін өзгерткен күн болып есептеледі.

22. Мүгедектік мынадай мерзімдерге:

он алты жасқа дейінгі адамдарға - 6 айға, 1 жылға, 2 жылға, 5 жылға және он алты жасқа толғанға дейін;

он алты жастан он сегіз жастағы адамдарға – 6 айға, 1 жылға, он сегіз жасқа толғанға дейін;

он сегіз жастан асқан адамдарға – 6 айға, 1 жылға, 2 жылға немесе қайта куәландыру мерзімінсіз белгіленеді.

23. Қайта куәландыру мерзімінсіз мүгедектік:

1) осы Қағидаларға 7-қосымшаға сәйкес жасы он сегізден асқан адамдарға мүгедектік тобы және (немесе) КЕА дәрежесі қайта куәландыру мерзімінсіз және (немесе) ЖЕА дәрежесі міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысы зейнетақы төлемдерін алуға құқық беретін жасқа жеткенге дейін белгіленетін Қалпына келмейтін анатомиялық кемістіктер тізбесіне (бұдан әрі – Қалпына келмейтін анатомиялық кемістіктер тізбесі) сәйкес;

2) организм функцияларының тұрақты, қалпына келмейтін өзгерістері мен бұзылулары болған, жүргізілген оңалту іс-шаралары тиімсіз, мүгедектік тобы тұрақты болған кезде және бірінші топтағы мүгедекті кемінде төрт жыл, екінші топтағы мүгедекті кемінде бес жыл, үшінші топтағы мүгедекті кемінде алты жыл динамикалық қадағалаған кезде;

3) зейнет жасындағы адамдарға оңалту болжамы қолайсыз болған кезде белгіленеді.

24. Жоғалтылған еңбек қабілетіне пайыздық қатынаста көрсетілген адамның жұмысты орындау, қызмет көрсету қабілетінің төмендеу деңгейін сипаттайтын ЖЕА дәрежесі мынадай мерзімдерге: 6 айға, 1 жылға, 2 жылға немесе міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушы зейнетақы төлемдерін алуға құқық беретін жасқа толғанға дейін белгіленеді. Мүгедекке ЖЕА дәрежесі кезекті қайта куәландыру мерзімімен белгіленген жағдайда ЖЕА дәрежесі мүгедектік мерзімі аяқталғанға дейін белгіленеді.

25. Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушының зейнетақы төлемдерін алуға құқық беретін жасқа толғанға дейінгі ЖЕА дәрежесі:

1) Қалпына келмейтін анатомиялық кемістіктер тізбесіне сәйкес;

2) организм функцияларының тұрақты, қалпына келмейтін өзгерістері мен бұзылулары болған, жүргізілген оңалту іс-шаралары тиімсіз, ЖЕА дәрежесі тұрақты болған кезде және ЖЕА дәрежесі 80-нен 100 пайызды қоса алғанға дейінгі мүгедектерді кемінде төрт жыл, 60-тан 79 пайызды қоса алғанға дейін кемінде бес жыл, 30-дан 59 пайызды қоса алғанға дейін кемінде алты жыл динамикалық қадағалаған кезде белгіленеді.

26. КЕА дәрежесі мынадай мерзімдерге: 6 айға, 1 жылға, 2 жылға немесе қайта куәландыру мерзімінсіз белгіленеді. Мүгедекке кезекті қайта куәландыру мерзімімен КЕА дәрежесі белгіленген жағдайда КЕА дәрежесі мүгедектік мерзімі аяқталғанға дейін белгіленеді.

27. Қайта куәландыру мерзімінсіз КЕА дәрежесі:

1) Қалпына келмейтін анатомиялық кемістіктер тізбесіне сәйкес;

2) организм функцияларының тұрақты, қалпына келмейтін өзгерістері мен бұзылулары болған, жүргізілген оңалту іс-шаралары тиімсіз, КЕА дәрежесі тұрақты болған кезде және КЕА дәрежесі 90-нан 100 пайызды қоса алғанға дейінгі адамдарды кемінде төрт жыл, 60-тан 89 пайызды қоса алғанға дейін кемінде бес жыл, КЕА дәрежесі 30-дан 59 пайызды қоса алғанға, 5-тен 29 пайызды қоса алғанға дейін кемінде алты жыл динамикалық қадағалаған кезде;

3) зейнет жасындағы адамдарға оңалту болжамы қолайсыз болған кезде белгіленеді.

28. Мүгедектік мерзімдері мен еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежелері куәландырылатын адамның оңалту болжамы мен оңалту әлеуетіне сәйкес белгіленеді.

29. Оңалту болжамы былайша бағаланады:

қолайлы – организмнің бұзылған функциялары мен тіршілік-тынысының шектеулер санаттарын толық қалпына келтіру және (немесе) орнын толтыру, мүгедекті қоғамға етене араластыру мүмкіндігі;

біршама қолайлы – олардың шектелу дәрежесі төмендеген немесе тұрақтанған жағдайда, кірігу және толық әлеуметтік қолдаудан ішінара әлеуметтік қолдауға өту қабілеті кеңейген жағдайда организмнің бұзылған функциялары мен тіршілік-тынысының шектеулер санаттарын ішінара қалпына келтіру мүмкіндігі;

күмәнді – болжамның анық болмауы;

қолайсыз – организмнің бұзылған функцияларын және тіршілік-тынысы санаттарын қалпына келтіру немесе орнын толтыру мүмкіндігінің болмауы.

30. Оңалту әлеуеті былайша бағаланады:

жоғары – денсаулықтың, тіршілік-тынысындағы шектеулердің, еңбекке қабілеттігі мен әлеуметтік мәртебесінің толығымен қалпына келтірілуі (толық оңалту);

қанағаттанарлық – организм функцияларының шамалы білініп бұзылуы, тіршілік-тынысы санаттарын шектелген көлемде немесе техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдар арқылы орындау, әлеуметтік қолдауға мұқтаждық;

төмен – организм функциялары бұзылушылығының айқын білінуі, тіршілік-тынысы санаттарының көпшілігін едәуір шектеулермен орындау, мүгедектің әлеуметтік қолдауға үнемі мұқтаж болуы;

оңалту әлеуетінің болмауы – организм функцияларының өте айқын бұзылуы, негізгі қызмет түрлерінің орнын толтыруға немесе өздігінен орындауға мүмкіндіктің болмауы, өзгелердің күтіміне мұқтаж болу.

31. Жүргізілген оңалту-сараптама диагностикасының нәтижелеріне және мүгедектің оңалту іс-шараларын жүргізуге қажеттілігіне байланысты МӘС бөлімшесі 088/у нысанында көрсетілген немесе медициналық ұйымның ДКК қорытындысында (088/у соңғы нысанының күнінен бастап бес жыл ішінде мүгедек ұсынады) көрсетілген оңалту іс-шараларының жоспарын ескере отырып:

- медициналық көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдер негізінде ОЖБ-ның әлеуметтік және кәсіптік бөліктерін әзірлейді;

- медициналық оңалту бойынша ұсынымдарды қажет болған жағдайларда 088/у нысанындағы МӘС қорытындысы туралы денсаулық сақтау ұйымының хабарламасына енгізеді.

32. ОЖБ іске асыру мерзіміне сәйкес келетін әрбір оңалту іс-шарасының іске асырылу мерзімі көрсетіле отырып мүгедектіктің белгіленген мерзіміне әзірленеді.

ОЖБ:

1) ОЖБ-ның медициналық бөлігінен;

2) осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес нысан бойынша оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік және кәсіптік бөліктерінен (бұдан әрі – ОЖБ-ның әлеуметтік және кәсіптік бөлігі) тұрады.

Медициналық ұйымның мультидисциплинарлық командасы ОЖБ медициналық бөлігін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 27 желтоқсандағы № 759 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 9108 болып тіркелген) Қазақстан Республикасының халқына медициналық оңалту көмегін ұйымдастыру стандартына және диагностика, емдеу және оңалтудың клиникалық хаттамаларына сәйкес әзірлейді, мөрмен расталады және куәландыру кезінде көшірмесі МӘС актісіне тігіледі.

ОЖБ медициналық бөлігінің деректерін «**Мүгедектердің орталықтандырылған дерекқоры» ақпараттық жүйесіне** (бұдан әрі – МОДҚ) ұсынылған ОЖБ медициналық бөлігінің көшірмесі негізінде МӘС мамандары енгізеді.

ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөліктерінің үзінді көшірмелеріне МӘС бөлімінің басшысы қол қояды, мөртабанмен расталады және МӘС актісіне тігіледі.

33. Куәландырылатын адамның деректері МОДҚ-ға енгізіледі, онда осы Қағидаларға 9-қосымшаға сәйкес нысан бойынша МӘС актісі, осы Қағидаларға 10 және 11-қосымшаларға сәйкес нысан бойынша ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөлігі МӘС бөлімінің және МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу хаттамаларының журналдары және құжаттар, оның ішінде осы Қағидалардың 34-тармағында көрсетілген құжаттар қалыптастырылады.

34. Куәландырылатын адамға немесе оның заңды өкіліне:

1) мүгедектік белгіленген жағдайда – осы Қағидаларға 12-қосымшаға сәйкес нысан бойынша мүгедектігі туралы анықтама;

2) ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөліктерін әзірлеген жағдайда – ОЖБ-ның әлеуметтік және кәсіптік бөліктерінен үзінді көшірме;

3) ЖЕА айырылу дәрежесін белгіленген жағдайда – осы Қағидаларға 13-қосымшаға сәйкес нысан бойынша жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама;

4) КЕА айырылу дәрежесі белгіленген жағдайда – осы Қағидаларға 14-қосымшаға сәйкес нысан бойынша кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірме;

5) зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы айқындалған жағдайларда – осы Қағидаларға 15-қосымшаға сәйкес нысан бойынша зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды;

6) кезекті қайта куәландыру кезінде мүгедек деп танылмаған жағдайларда – осы Қағидаларға 16-қосымшаға сәйкес нысан бойынша толық оңалтылуы туралы хабарлама беріледі.

Сараптама қорытындысы шығарылған кезде, оның ішінде алғашқы куәландыру кезінде мүгедек деп танылмаған жағдайларда МӘС бөлімі және (немесе) МӘС әдіснама және бақылау бөлімі 088/у нысанының МӘС қорытындысы туралы денсаулық сақтау ұйымының хабарламасын толтырады және куәландырылған адамға беріледі немесе амбулаторлық пациенттің медициналық картасына тігу үшін медициналық ұйымға жібереді.

35. Сараптамалық қорытынды шығарылған күннен бастап үш жұмыс күні ішінде МӘС бөлімі және (немесе) МӘС әдіснама және бақылау бөлімі:

1) әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын органдарға мынадай құжаттарды:

мүгедектігі туралы анықтамадан үзінді көшірмені;

жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзінді көшірмені;

2) жұмыспен қамту және әлеуметтік бағдарламалар органына және (немесе) жұмыс берушіге (еңбек жарақаты немесе кәсіптік ауру болған жағдайларда) мүгедектің ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөліктерін жібереді.

Аумақтық бөлімшелер жеті жұмыс күні ішінде аудандардың (облыстық маңызы бар қалалардың) жергілікті әскери басқару органдарына мүгедек деп танылған барлық әскери міндеттілер мен әскерге шақырылушылар туралы хабарлайды.

36. МӘС әдіснама және бақылау бөлімі МӘС актісінің, хаттамалар журналының, қатаң есептілік бланкілерін тіркеу журналының және (немесе) мүгедектігі туралы анықтамадан үзінді көшірмелердің, жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзіндінің, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзіндінің негізінде мүгедектігі және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі және (немесе) зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы жазбаша растау (еркін түрде):

мүгедектік туралы анықтама, жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама, зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды жоғалған немесе бүлінген кезде мүгедектің (оның заңды өкілінің) өтініші бойынша;

мүгедектік туралы анықтамадан үзінді көшірме, жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзінді көшірме, кәсіптік еңбек қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзінді жоғалған

немесе бүлінген кезде әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын органның жазбаша сұратуы бойынша беріледі.

37. МӘС бөлімі ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөліктері жоғалған немесе бүлінген кезде мүгедектің (оның заңды өкілінің) өтініші бойынша МӘС актісінен ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөлігінен үзінді көшірме береді.

4. Мүгедектікті белгілеу критерийлері

38. Адамды мүгедек деп тану үшін мынадай бірнеше міндетті шарттардың бір мезгілде болуы:

1) организм функцияларының тұрақты бұзылуынан денсаулықтың бұзылуы;

2) тіршілік-тынысының шектелуі (адамның өзіне өзі қызмет көрсету, өздігінен жүріп-тұру, бағдарлану, қарым-қатынас жасау, өзінің мінез-құлқын бақылау, оқу немесе еңбек қызметімен айналысу қабілетінен немесе мүмкіндігінен толық немесе ішінара айырылуы);

3) әлеуметтік қорғау шараларын жүзеге асыру қажеттігі негіздеме болып табылады.

Жас мөлшеріне қарай организмде пайда болатын өзгерістер мүгедектік тобын белгілеу үшін негіздеме болып табылмайды.

39. Тіршілік-тынысының мынадай санаттарының бірінің:

1) үшінші дәрежедегі өзіне-өзі қызмет көрсетуге;

2) үшінші дәрежедегі жүріп-тұруға;

3) үшінші дәрежедегі еңбек қызметіне (еңбек ету қабілеті);

4) үшінші дәрежедегі оқуға;

5) үшінші дәрежедегі бағдарлай білуге;

6) үшінші дәрежедегі қарым-қатынас жасауға;

7) үшінші дәрежедегі өзінің мінез-құлқын бақылауға қабілетінің өте айқын білінетін шектелуіне немесе олардың ұштасуына әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттар немесе кемістіктер салдарынан болатын организм функцияларының тұрақты едәуір немесе өте айқын білінетін бұзылуы бірінші топ мүгедектігін белгілеу үшін критерий болып табылады.

40. Тіршілік-тынысының мынадай санаттарының бірінің:

1) екінші дәрежедегі өзіне-өзі қызмет көрсетуге;

2) екінші дәрежедегі жүріп-тұруға;

3) екінші дәрежедегі еңбек қызметіне (еңбек ету қабілеті);

4) екінші дәрежедегі оқуға;

5) екінші дәрежедегі айналасын бағдарлай білуге;

6) екінші дәрежедегі қарым-қатынас жасауға;

7) екінші дәрежедегі өзінің мінез-құлқын бақылауға қабілетінің айқын білінетін шектелуіне немесе олардың ұштасуына әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттар немесе кемістіктер салдарынан болатын организм функцияларының

тұрақты айқын білінетін бұзылуы екінші топ мүгедектігін белгілеу үшін критерий болып табылады.

41. Тіршілік-тынысының мынадай санаттарының бірінің:

1) бірінші дәрежедегі өзіне-өзі қызмет көрсетуге;

2) бірінші дәрежедегі жүріп-тұруға;

3) бірінші дәрежедегі еңбек қызметіне (еңбек ету қабілеті);

4) бірінші дәрежедегі оқуға;

5) бірінші дәрежедегі бағдарлай білуге;

6) бірінші дәрежедегі қарым-қатынас жасауға;

7) бірінші дәрежедегі өзінің мінез-құлқын бақылауға қабілетінің орташа білінетін шектелуіне немесе олардың ұштасуына әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттар немесе кемістіктер салдарынан болатын организм функцияларының тұрақты орташа бұзылуы үшінші топ мүгедектігін белгілеу үшін критерий болып табылады.

5. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу критерийлері

42. ЖЕА дәрежесі өзі үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысына еңбек ету қабілетінен айырылуға (жоғалтуға) әкеп соқтырған оқиға (әлеуметтік қатер) туындағанда белгіленеді.

Тіршілік-тынысының шектелуіне әкеп соқтырған организм функцияларының тұрақты бұзылуын растайтын құжаттар болған кезде ЖЕА туындады деп есептеледі.

43. ЖЕА туындаған кезде өзі үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысына ЖЕА дәрежесі 30-дан 100 пайызды қоса алғанға дейін белгіленеді.

44. Өзі үшін әлеуметтік аударымдар жүргізілген міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысына жіктемеде көзделген, еңбек ету қабілетінен айырылуға әкеп соқтырған организм функцияларының бұзылу дәрежесі бойынша ЖЕА мынадай жағдайларда белгіленеді:

1) еңбек ету қабілетінің шамалы білінетін шектелуіне әкеп соқтырған организм функцияларының тұрақты шамалы білінетін бұзылуы кезінде 30-дан 59 пайызды қоса алғанға дейін;

2) еңбек ету қабілетінің білінетін шектелуіне әкеп соқтырған организм функцияларының тұрақты білінетін бұзылуы кезінде 60-тан 79 пайызды қоса алғанға дейін;

3) еңбек ету қабілетінің айқын білінетін шектелуіне немесе еңбек ету қабілетінен айырылуға әкеп соқтырған организм функцияларының айтарлықтай немесе айқын білінетін тұрақты бұзылуы кезінде 80-нен 100 пайызды қоса алғанға дейін белгіленеді.

6. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу критерийлері

45. Зардап шеккен қызметкерлерге жіктемеде көзделген еңбек ету қабілетінен айырылуға әкеп соқтырған организм функцияларының бұзылу дәрежесі бойынша КЕА дәрежесі мынадай жағдайларда:

1) егер зардап шеккен қызметкер өзінің кәсіби қызметі біліктілігінің шамалы немесе орташа төмендеуімен не атқаратын жұмысы көлемінің азайтылуымен немесе егер, организм функцияларының шамалы білінетін бұзылулары салдарынан оның кәсіптік қызметін орындауы бұрынғыдан көп күш қажет ететін жағдайда және (немесе) кәсіптік ауыруы кезінде зиянды және (немесе) қауіпті өндірістік фактор әсерінің азайтылуымен жалғастыруға қарсы айғақтар болмаса 5-тен 100 пайызды қоса алғанға дейін белгіленеді;

2) егер зардап шеккен қызметкер өзінің кәсіби қызметін әдеттегі өндірістік жағдайларда біліктілігінің айқын төмендеуінен не атқаратын жұмыс көлемінің азаюынан жалғастыруға қарсы айғақтар болмаса немесе ол егер кәсіптік қызметін организм функцияларының шамалы білінетін бұзылулары салдарынан және (немесе) кәсіптік ауыруы кезінде зиянды және (немесе) қауіпті өндірістік фактор әсерінің азайтылуымен жалғастыру қабілетінен айырылған жағдайда 30-дан 59 пайызды қоса алғанға дейін белгіленеді;

3) егер зардап шеккен қызметкер өзінің кәсіби қызметін организм функцияларының білінетін бұзылуы салдарынан Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мүгедекке жұмыс уақытының қысқартылған ұзақтығы белгіленіп, мүгедектің жеке мүмкіндіктері ескеріле отырып арнайы жұмыс орны құрылып, арнайы жасалған жағдайларда ғана айғақтар болғанда 60-тан 89 пайызды қоса алғанға дейін белгіленеді;

4) егер кез келген кәсіби қызмет түрін арнайы жасалған жағдайларда да атқаруға нақты қарсы көрсетілімдері болған кезде, зақым келген қызметкер организм функцияларының айқын бұзушылықтары салдарынан кәсіптік еңбек ету қабілетінен толық айырылған жағдайда 90-нан 100 пайызды қоса алғанға дейін белгіленеді.

46. Өндірістік жарақаттың немесе кәсіптік аурулардың салдары кезінде КЕА дәрежесі организм функцияларының білінетін бұзылу және еңбек ету қабілетінің шектелу дәрежесіне сәйкес келетін мөлшер шегінде белгіленеді. Өндірістік жарақаттар немесе кәсіптік аурулар салдары функциялардың бұзылу сипаты бойынша әртүрлі болған жағдайларда, КЕА дәрежесі ауырлық дәрежесі бойынша айқын білінетіндігіне қарай айқындалады.

КЕА дәрежесі егер өндірістік жарақат немесе кәсіптік ауру зардап шеккен қызметкердің бұрыннан бар ауруын (-ауруларын) және (немесе) өндірістік жарақатын (-жарақаттарын) нашарлатып жіберген әрбір жағдай бойынша жеке пайызбен белгіленеді. Кәсіптік еңбек ету қабілетін жоғалту дәрежесі туралы анықтаманың артқы бетінде бұрын белгіленген қайта куәландыру мерзімінсіз немесе белгілеу мерзімі өтпеген КЕА дәрежесі

көрсетіледі. Бұл ретте КЕА пайызы организм функцияларының бұрынғы бұзылуының және еңбек ету қабілеті шектелуінің біліну дәрежесіне КЕА пайызы организм функцияларының білінетін бұзылулары мен еңбек ету қабілетінің шектелу дәрежесіне сәйкес келетін мөлшер шегінде жалпы айқындалатыны ескеріле отырып, белгіленеді.

47. МӘС бөлімі КЕА дәрежесі белгіленген мерзімге Қазақстан Республикасы Азаматтық кодексінің 937-бабына сәйкес медициналық ұйымдардың ұсынымдарының негізінде куәландырылатын адамның:

1) қосымша медициналық көмекке (тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізбесіне енбейтін), оның ішінде қосымша тамақтануға және дәрі-дәрмек сатып алуға;

2) зақым келген қызметкерге басқа адамның, оның ішінде оның отбасы мүшелері жүзеге асыратын күтімге (арнайы медициналық және тұрмыстық);

3) санаторлық-курорттық емделу кезеңіндегі барлық демалыс уақытына және зақым келген қызметкердің емделу орнына баруына және келуіне, қажетті жағдайларда - оны алып жүретін адамның санаторлық-курорттық емделу орнына бару және кейін келу жол ақысын қоса алғанда, санаторлық-курорттық емделуге;

4) зақым келген қызметкерге еңбек қызметіне және тұрмыста қажетті техникалық көмекші (компенсаторлық) құралдарына;

5) мүгедектерді арнайы жүріп-тұру құралдарымен, осы Қағидаларға 17-қосымшаға сәйкес медициналық көрсетілімдер болған кезде мүгедектерді жүріп-тұру құралдарымен, сондай-ақ арнаулы автокөлікпен қамтамасыз етуге;

6) кәсіптік оқуға (қайта оқуға);

7) қажетіне қарай арнаулы жағдайлар жасай отырып жұмысқа орналастыруға қажеттілігін анықтайды.

7. Мүгедектік мерзімін және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін есептеу және бұрын белгіленген мүгедектік мерзімін және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін қайта куәландыру тәртібі

48. Мүгедектер мен еңбек ету қабілетінен айырылған адамдар белгіленген мүгедектіктің және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің мерзімдерін сақтай отырып қайта куәландырудан өтеді.

Мүгедектер мен еңбек ету қабілетінен айырылған адамдарды қайта куәландыру мүгедектікті және еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу мерзімі өткеннен кейін бір ай ішінде жүргізіледі.

49. Егер куәландырылатын адам МӘС бөліміне мерзімінде келмесе және қайта куәландыру кезінде оған қайтадан мүгедектік және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі белгіленген болса, мерзімін өткізген кезеңге мыналар есептеледі:

1) бір айға дейін, қайта куәландырудың алдыңғы белгіленген күнінен бастап бір айдан аспайтын қайта куәландырудың кезекті мерзімін өткізіп алған жағдайда;

2) үш жылға дейін, дәлелді себептер (үздіксіз ұзаққа созылған стационарлық емделуіне не табиғи және техногенді сипаттағы төтенше жағдайларға байланысты келуге мүмкіндігінің болмауы) бойынша қайта куәландырудың мерзімін өткізіп алған жағдайда.

50. Мүгедектерді және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылған адамдарды, сондай-ақ оларға мүгедектік немесе еңбек ету қабілетінен айырылу қайта куәландыру мерзімінсіз немесе зейнетақы төлемдерін алуға құқық беретін жасқа толғанға дейін белгіленген адамдарды мүгедектіктің және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімінен бұрын қайта куәландыру осы Қағидалардың 9-тармағында белгіленген тиісті құжаттар бойынша мынадай жағдайларда:

1) денсаулық жағдайының нашарлауы кезінде;

2) мүгедектік себебін өзгерту мақсатында;

3) куәландырылатын адамның өтініші негізінде, бірақ белгіленген мүгедектік және (немесе) еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімнің аяқталуына дейін екі ай қалғанда;

4) аумақтық бөлімшенің сараптамалық қорытындысының негізділігіне бақылау жүргізу кезінде;

5) жалған құжаттарды беру, сараптама қорытындысын негізсіз шығару фактілері анықталған кезде, мүгедектікті белгілеу мерзіміне қарамастан жүргізіледі.

8. Мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасын іске асыру

51. Оңалту іс-шараларын жүргізу кезінде оңалту іс-шараларын жүзеге асырудың жеке-даралығы, дәйектілігі, кешенділігі, сабақтастығы және үздіксіздігі, жүргізілген оңалту іс-шараларын динамикалық байқау және тиімділігін бақылау қамтамасыз етіледі.

Медициналық оңалтуды денсаулық сақтау саласындағы заңнамаға сәйкес медициналық ұйымдар жүргізеді.

Әлеуметтік және кәсіптік оңалтуды халықты әлеуметтік қорғау жүйесінің ұйымдары жүргізеді.

52. Жүргізілген оңалту іс-шаралары аяқталғаннан кейін ОЖБ медициналық, әлеуметтік және кәсіптік бөліктеріне ОЖБ іске асыруға жауапты басшы қол қояды.

ОЖБ медициналық бөлігінің орындалуы туралы деректерді МОДҚ-ға МӘС мамандары ОЖБ медициналық бөліктің ұсынылған көшірмесі негізінде енгізеді.

ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөліктің орындалуы туралы деректерді халықты әлеуметтік қорғау жүйесінің ұйымдары «Е-собес» ақпараттық жүйесіне енгізеді.

53. МӘС бөлімі ОЖБ іске асырылуына мониторингті және ОЖБ жөніндегі іс-шаралардың тиімділігін бағалауды мүгедекті кезекті куәландыру кезінде жүзеге асырады.

ОЖБ медициналық бөлігінің жүргізілген кешенді оңалту іс-шараларының тиімділігін бағалауды мультидисциплинарлық команда, медициналық ұйымның ДКК жүзеге асырады.

54. Оңалту іс-шараларын орындамау себептеріне қарай, көрсеткіштердің болуы кезінде МӘС бөлімі ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөлігіне түзету жүргізеді және (немесе) оңалту іс-шараларын одан әрі жүргізудің қажеттігі және орындылығы туралы мәселені шешеді.

ОЖБ іске асыру туралы қорытындыны МӘС бөлімі алқалық талқылаудан кейін ОЖБ медициналық, әлеуметтік және кәсіптік бөліктерін іске асырудың тиімділігін бағалау негізінде шығарады, МӘС бөлімінің басшысы бекітеді, мөртабанмен расталады.

9. Сараптамалық қорытындыға шағымдану тәртібі

55. Куәландырылатын адам немесе оның заңды өкілі МӘС бөлімінің сараптамалық қорытындысына оны алған күннен бастап бір ай ішінде МӘС әдіснама және бақылау бөлімінде МӘС актісіндегі құжаттар негізінде шағымдануға құқылы.

56. Куәландырылатын адам немесе оның заңды өкілі МӘС бөлімінің және/немесе МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің сараптамалық қорытындысына Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа шағымдануға құқылы.

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
1-қосымша

Нысан

Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеуге және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындауға арналған өтініш

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ облысы (қаласы) бойынша департаменті
ЖСН: _____
Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде): _____
Туған күні: _____ жылғы «___»_____
Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі: _____
Құжаттың нөмірі:_____ кім берген _____
Берілген күні _____ жылғы «___»_____
Тіркелген орны: _____
облыс _____
қала (аудан) _____ ауыл: _____
көше (шағын аудан) _____ _____ -үй _____- пәтер

Сізден мына мақсатта куәландыру (қайта куәландыру) жүргізуіңізді сұраймын:

1) мүгедектік белгілеу: мүгедектікті алғашқы белгілеу, мүгедектікті қайта белгілеу (қайта куәландыру), еңбекке уақытша жарамсыздық парағын ұзарту, мүгедектік себебінің өзгеруі (қажетінің асты сызылсын);

2) жалпы еңбек ету қабілетінен айрылу дәрежесін, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айрылу дәрежесін белгілеу (жалпы, кәсіптік) (қажетінің асты сызылсын);

3) ОЖБ қалыптастыру, ОЖБ түзету, зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығын айқындау (қажетінің асты сызылсын).

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

Р/с №	Құжат атауы	Құжаттағы парақтар саны	Ескертуге
1.	088/у нысаны		
2.	ОЖБ-ның медициналық бөлімінің көшірмесі		
3.	жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі		
4.	Тіркелген орнын растайтын құжат		
5.	амбулаториялық науқастың медициналық		

	картасы, ауру тарихынан үзінді көшірмелердің және зерттеу нәтижелерінің көшірмелері		
6.	медициналық ұйымға бекіту анықтамасының (талоны) көшірмесі		
7.	еңбекке уақытша жарамсыздық парағы (анықтамасы)		
8.	еңбек қызметін растайтын құжаттың көшірмесі және (немесе) өндірістегі еңбек сипаты мен еңбек жағдайлары туралы мәліметтер		
9.	ДКК қорытындысы		
10.	міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу (немесе қатыспау) фактісін растайтын құжат		
11.	жазатайым оқиға туралы актінің көшірмесі		
12.	Еңбек гигиенасы мен кәсіптік аурулар ұлттық орталығы қорытындысының көшірмесі		
13.	себеп-салдарлық байланысты белгілеген тиісті қызмет саласындағы уәкілетті орган берген құжаттың көшірмесі		
14.	еңбек (қызметтік) міндеттерін орындау кезінде алған жарақаттанумен немесе аурумен себеп-салдарлық байланысы туралы соттың шешімі		
15.	мүгедектің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайын тексеру актісі		

Мүгедектікті және/немесе еңбек қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеуге және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаным үшін жауапкершілік туралы ескертілді.

20 ____ жылғы «_____» _____ Өтініш берушінің қолы _____

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
2-қосымша

Нысан

Пациентт/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
медициналық бөлігі
20__ жылғы «___»_____№ ____

1. Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
2. Туған күні_____жылғы _____ _____
3. Мекенжайы, үй телефоны _____
4. ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету) (асты сызылсын) _____
5. Мүгедектік санаты (ол болған кезде) _____
6. Оңалту диагноз _____
_____
7. АХЖ-10 бойынша шифр _____
8. Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (асты сызылсын)
8.1. кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – «Оңалту II А», «Оңалту II Б», үшінші кезең – «Амбулаторлық оңалту II», қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)
8.2. кезең – басқа бейіндегі науқастарды оңалту үшін екінші кезең (стационарлық), үшінші кезең (амбулаториялық)
9. Білімі _____
10. Кәсібі (мамандығы) _____
11. Оңалту-сараптамалық қорытынды:
11.1. басқа бейіндер үшін оңалту болжамы (қолайлы, тиісінше қолайлы, күмәнді, қолайсыз (асты сызылсын);
оңалту әлеуеті: жоғары, қанағаттанарлық, төмен, оңалту әлеуетінің болмауы (асты сызылсын);
11.2. оңалту болжамы және оңалту әлеуеті аурулар (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травмотологиялық және ортопедиялық бейіндер) үшін халықаралық критерийлерге сәйкес

№	Бейіндер	Оңалтуға дейін	Оңалтудан кейін	Нәтижелерді бағалау
1.	Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травмотология, ортопедия			

12. Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар*

р/с	Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар мен қызметтер	Медициналық оңалту мерзімдері	Орындалғаны туралы белгі (+, -)	Орындамау себебінің негіздемесі
		Медициналық оңалту күні, ұзақтығы, жүргізген ұйым (көрсетілсін)		
1.	Дәрі-дәрмекті терапия физикалық оңалту Физиотерапия Психотүзету Эрготерапия Әлеуметтік қызметкер консультациясы Пациентті оқыту			
2.	Реконструктивті хирургия			
3.	Қосымша қызметтер (енгізу керек)			

Ескертпе: * - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы толтырады

13. Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша ұсыным*

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар	Өткізу мерзімдері (іске асыратын ай және жыл)	Пациент мұқтаж ететін нақты түрлері
Протездеу және ортездеу		
Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету		
Санаторлық емдеу (бейіні көрсетілсін)		
Пациентті үй жағдайларында оңалту әдістеріне оқыту		
Басқалары		

Ескертпе:* - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы/медициналық реабилитолог толтырады

14. ОЖБ медициналық бөлігін іске асыру нәтижелерін бағалау (кажетінің асты сызылсын):

14.1. бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), алынған нәтижелердің негізінде оң нәтиженің болмауы (асты сызылсын)

_____

Күні 20 __ жылғы «____»_____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____

МДТ басшысы (қолы)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____

ұйымның басшысы (қолы)

МО

15. ОЖБ медициналық бөлігін іске асырудың нәтижелерін бағалау (асты сызылсын): бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), оң нәтиженің болмауы

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
_____

МӘС бөлімінің басшысы (қолы)

МО

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
3-қосымша

Нысан

Өндірістегі еңбек сипаты мен жағдайлары туралы мәліметтер

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)
_____
2. Туған күні _____ жылғы « ___» _____
3. Ұйымның атауы _____
_____
4. Кәсібі, лауазымы, мамандығы_____
5. Тариф разряды, санаты_____
6. Еңбек ұйымының түрі: (еңбек шарты, ұжымдық еңбек шарты, жұмыс ауысымы, жұмыс күнінің ұзақтығы, іссапарлардың болуы, еңбек және демалыс режимі)_____
_____
7. Функционалдық міндеттері:_____
_____
_____
8. Еңбек жағдайы (жұмыс орнының санитарлық-гигиеналық сипаты, зиянды өндірістік факторлардың болуы)_____
_____
_____
9. Тиімді жұмысқа орналастыру мүмкіндігі_____
_____
_____

Күні 20__ жылғы «____» _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____
басшы (қолы)

М.О.

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
4-қосымша

Нысан

Мүгедектің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайын
тексеру актісі

Тексеру жүргізу күні 20___ жылғы «____» _____
Комиссияның құрамында:

_____
(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), лауазымы)

мүгедектің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайына және иелігіндегі тұрғын үй-жайының техникалық жағдайына тексеру жүргізді

_____
(мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), Т.А.Ә., туған күні)

_____
Тұрғылықты жерінің мекенжайы, телефоны (ол болған кезде)

Мүгедектің әлеуметтік жағдайы _____
(жалғызілікті, жалғыз тұратын немесе отбасының еңбекке
жарамсыз мүшелерімен тұратын, жұмыс істейтін, зейнеткер)

Отбасы құрамы _____
_____
_____
_____
(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), туған күні, туыстық қатынастары, тұрғылықты жері)

Тұрғын үй жағдайлары_____
_____
_____
_____
(қандай үйде немесе пәтерде тұратынын, бөлмелердің санын, алаң мөлшері көрсетілсін)

Тұрғын үйдің жайластырылуы:
1. Қабат «__»
2. Лифтінің болуы:
_____
Кабина:

өлшемдері (тереңдігі х ені) (норма кемінде 129х140 сантиметр) _____
лифт алдындағы алаң (норма 150х150 сантиметр) _____
есік орнының ені (норма кемінде 90 сантиметр) _____
тұтқа (биіктігі) (норма 90-110 сантиметр) _____
3. Жылыту түрі: орталықтандырылған, газ, отын, көмір (асты сызылсын).
4. Сумен жабдықтау: ыстық, суық, жоқ (асты сызылсын).
5. Есік орнының ені (норма кемінде 90 сантиметр) _____
_____
_____

(ішкі өңдеудің, еденнің, терезе жақтауларының, кіреберіс және бөлмеаралық есіктердің, сантехникалық жабдықтардың, газ жабдықтарының, коммуникацияның, электр сымдарының жай-күйі көрсетілсін)

Техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдары бар ма (протездік-ортопедиялық, сурдо-, тифлотехникалық):
_____

Қорытынды

Мүгедектің санаты:
арбамен қозғалатын мүгедектер;
қозғалуда арбаны пайдаланбайтын тірек-қимыл аппараты бұзылған мүгедектер;
көзінің ақауы бар мүгедектер;
құлағының мүкісі бар мүгедектер (қажетінің асты сызылсын)
басқалар _____
(жазу керек)
тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлары мынадай позициялар бойынша жақсартуды қажет етеді:тұрғын үйге мұқтаж, қабатын, ғимарат типін, жайлылық деңгейін және тұруға қажетті басқа да жағдайларын ескере отырып тұрғын үй-жайды таңдау құқығы бар, тұрғын үй-жайларды жабдықтауға мұқтаж (қажетінің асты сызылсын) басқалар _____
(жазу керек)
_____
_____

Комиссия мүшелері:
_____
(қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

20__ жылғы «___»_____
(акті жасалған күн)

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
5-қосымша

Организмнің негізгі функцияларының бұзылуын және тіршілік
тынысының шектелуін жіктеу

1. Адам организмінің негізгі функцияларының бұзылуын жіктеу:

1) организмнің психикалық функцияларының бұзылуы (аңғару, зейін, еске сақтау, ойлау, сөйлеу, эмоциялар, жігер, парасат, сана, мінез-құлық, психомоторлық функциялар);

2) сезіну функцияларының бұзылуы (көру, есту, иісті сезу, түйсіну және сезімталдықтың бұзылуы);

3) статикалық-динамикалық функциялардың (бастың, кеуденің, аяқ-қолдың қозғалу функцияларының, статиканың және қозғалыс үйлесімдігінің) бұзылуы;

4) қан айналымы, тыныстау, ас қорыту, сыртқа шығару, зат пен энергия алмасу, ішкі секреция, қан түзілуі, иммунитет функцияларының бұзылуы.

2. Организм функцияларының бұзылуын біліну дәрежесіне қарай жіктеу:

1) бірінші дәреже – функциялардың шамалы білінетін бұзылуы;

2) екінші дәреже – функциялардың орташа білінетін бұзылуы;

3) үшінші дәреже – функциялардың айқын білінетін бұзылуы;

4) төртінші дәреже – функциялардың едәуір немесе өте айқын білінетін бұзылуы.

3. Тіршілік-тынысының негізгі санаттарын жіктеу:

1) өзін өзі күту қабілеті – негізгі физиологиялық қажеттіктерін өз бетімен қанағаттандыра алу, күнделікті тұрмыстық әрекет жасау және жеке гигиена дағдыларын орындай алу қабілеті;

2) өз бетімен жүріп-тұру қабілеті – кеңістікте өз бетімен қозғала алу, кедергілерден өту, өзі орындайтын тұрмыстық, қоғамдық, кәсіптік қызметтер шегінде денесін тепе-тең қалпында ұстай білу қабілеті;

3) оқу қабілеті – (дәрістік, кәсіби және басқа да) білімді қабылдап және түсіне алу, дағдылар мен машықтарды (әлеуметтік, кәсіптік, мәдени және тұрмыстық) игеру қабілеті, сондай-ақ білім беру мекемелерінде оқу мүмкіндігі;

4) еңбек қызметіне қабілеті (еңбек қабілеті) – жұмыстың орындалу мазмұнына, көлеміне және шарттарына қойылатын талаптарға сәйкес іс-әрекетті жүзеге асыру қабілеті;

5) бағдарлана білу қабілеті – уақытта және кеңістікте бағдарлана білу қабілет;

6) қарым-қатынас жасау қабілеті – адамдар арасында ақпаратты қабылдау, қайта өңдеу және алмасу жолымен қарым-қатынас орнату қабілеті;

7) өзінің жүріс-тұрысын бақылау қабілеті – өзін сезіне білу және әлеуметтік-құқықтық нормаларды ескере отырып барабар мінез-құлыққа қабілеті;

8) ойын және танымдық қызметке қабілеті – құрбы-құрдастарымен қарым-қатынас жасау, алатын тәжірибесінің болмысы мен елесін талдау қабілеті, бала жаста жас ерекшеліктерін ескере отырып оқу және даму қабілеті;

9) белсенді қозғалу қабілеті – баланың денесінің жай-күйін өзгерту, кеңістікте қозғалу арқылы әртүрлі қимылдарды орындау, объектілердің орнын ауыстыру, қозғалту немесе манипуляциялау, жүру, жүгіру, кедергілерден өту және әртүрлі көлік түрлерін пайдалану қабілеті.

4. Тіршілік-тынысының шектелуін біліну дәрежесіне қарай жіктеу:

1) өзіне өзі қызмет көрсету қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – көмекші құралдарды пайдалана отырып, өзіне өзі қызмет көрсету қабілеті;

екінші дәреже – көмекші құралдарды пайдалана отырып және (немесе) өзге адамдардың көмегімен өзіне өзі қызмет көрсету қабілеті;

үшінші дәреже – өзін өзі күтуге қабілетінің болмау және басқа адамдарға толық тәуелді болуы;

2) өз бетімен жүріп-тұру қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – қажет кезінде көмекші құралдарды пайдалана отырып, неғұрлым көп уақыт жұмсап және қашықтықты қысқарту арқылы өз бетімен жүріп-тұру қабілеті;

екінші дәреже – көмекші құралдарды пайдалана отырып және (немесе) басқа адамдардың көмегімен өз бетімен жүріп-тұру қабілеті;

үшінші дәреже – өз бетімен жүріп-тұруға қабілетсіздігі және басқа адамдарға толық тәуелді болуы;

3) оқуға қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – оқу процесінің арнайы режимін сақтай отырып және (немесе) қосымша құралдарды пайдалана отырып жалпы үлгідегі оқу орындарында оқуға қабілеттілігі;

екінші дәреже – тек арнайы оқу орындарында немесе арнайы бағдарламалар бойынша үй жағдайында және\немесе көмекші құралдарды пайдалана отырып және (немесе) өзге адамдардың көмегімен оқуға қабілеттілігі;

үшінші дәреже – білім беретін оқу бағдарламалары бойынша оқуға қабілетсіздігі;

4) еңбек қызметіне қабілетінің (еңбек қабілетінің) шектелуі:

бірінші дәреже – біліктілігін төмендеткен немесе өндірістік қызметтің көлемін азайтқан жағдайда, еңбек қызметін орындауға қабілеті, өз мамандығы бойынша жұмысты орындау мүмкіндігінің болмауы;

екінші дәреже – көмекші құралдарды пайдалана отырып, арнайы жасалған жағдайларда және (немесе) арнайы жабдықталған жұмыс орындарында және (немесе) басқа адамдардың көмегімен еңбек қызметін орындауға қабілеті;

үшінші дәреже – еңбек қызметіне қабілетсіздігі;

5) бағдарлануға қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – көмекші құралдарды пайдаланған жағдайда бағдарлай білуге қабілеті;

екінші дәреже – қажет кезінде көмекші құралдарды пайдалана отырып, басқа адамдардың көмегін талап ететін бағдарлануға қабілеті;

үшінші дәреже – бағдарлануға қабілетсіздігі (дезориентация);

6) қарым-қатынас жасау қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – ақпаратты меңгеру, қабылдау және беру жылдамдығының төмендеуімен, көлемінің кішіреюімен сипатталатын қарым-қатынас жасау, қажет кезінде көмекші құралдарды және (немесе) ымдау тілі маманының қызметін пайдалану қабілеті;

екінші дәреже – көмекші құралдарды пайдалана отырып және (немесе) басқа адамдардың көмегімен қарым-қатынас жасауға қабілеттілігі;

үшінші дәреже – қарым-қатынас жасауға қабілетсіздігі;

7) өзінің мінез-құлқын бақылау қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – өзінің мінез-құлқын өз бетімен бақылау қабілетінің ішінара төмендеуі;

екінші дәреже – өзінің мінез-құлқын тек қана бөгде адамдардың көмегімен ішінара немесе толық бақылау қабілеті;

үшінші дәреже – өзінің мінез құлқын бақылау қабілетсіздігі;

8) ойын және танымдық қызметке қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – организмнің қандай да бір жүйесінде баланың одан әрі дамуын және әлеуметтік-рөлдік ұстанымының қалыптасуын шамалы дәрежеде қиындататын кемістіктің болуына орай ойын қызметі белсенділігінің төмендеуі. Орнын толтыру құралдары мен түзеу әдістерін қолданудың қажеттігі. Жүзеге асырылу үдерісіне баса назар аударуды және жеке тәсілді талап ететін танымдық және ойнау қызметі;

екінші дәреже – уәждеменің едәуір төмендеуіне немесе организмнің негізгі жүйелерінің айқын функционалдық жеткіліксіздігіне немесе соматикалық денсаулықтың бұзылуына орай танымдық және ойын қызметін нәтижелі жүзеге асырудың мүмкін болмауы. Орнын толтыру құралдары мен түзеу әдістерін қолданудың тиімсіздігі;

үшінші дәреже – ойын қызметіне қабілетінің болмауы немесе өте айқын төмендеуі және басқа адамдарға толық тәуелділік;

9) қозғалыс белсенділігіне қабілетінің шектелуі:

бірінші дәреже – жүру ұзақтығының қысқаруы және сапасының нашарлауы, өздігінен жүріп-тұруға жалпы қабілетінің сақталуы кезінде қарапайым орнын толтыру құралдарын немесе тіректі пайдалану, жекелеген қозғалу актілерін орындау немесе жасына қарай көзделген қашықтықты еңсеру кезінде тұрақты көмекті пайдалану аясында еңсеретін қашықтық алыстығының азаюы. Ұсақ манипулятивтік қозғалыстардың дамуы екі эпикриздік мерзімге артта қалған. Дене жағдайын ұстау қабілетінің төмендеуі қосымша фиксация құралдарын пайдалану қажеттілігінсіз қозғалу режимінің сақталуын талап етеді;

екінші дәреже – жүру арқылы қашықтыққа қозғалыстың көмекші құралдар орнын толтыра алмайтындай бұзылуы. Қозғалыс кезінде ересектер тарапынан тұрақты көмек қажет. Денені белгілі бір жағдайда ұстап тұру қабілетінің шектелуі фиксацияның, түзеудің әдістері мен т.б. қосымша тәсілдерін талап етеді. Тепе-тең қозғалу сапасының өте айқын төмендеуі мен санының азаюы, манипулятивтік қозғалыс дамуының айқын бұзылушылығы байқалады;

үшінші дәреже – кеңістікте қозғалу, дене жағдайын сақтау мен манипулятивтік қызмет қабілетінің өте айқын шектелуі немесе толық болмауы. Қозғалыс функциясын сырттан тұрақты күтіммен немесе көлік құралын (кресло-арба) пайдалану есебінен толық ауыстыру, сондай-ақ толық көлемдегі тұрақты қосымша күтім қажет.

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
6-қосымша

Он алты жасқа дейінгі бала мүгедек деп танылатын
медициналық көрсетілімдер

1. 1. Мүгедектік 6 ай немесе 1 жыл мерзімге белгіленетін функционалдық өзгерістер мен патологиялық жай-күйлер.

Мүгедектікті белгілеу 6 ай немесе 1 жыл мерзімге бұзылған функцияларды қалпына келтіру немесе едәуір жақсарту, адамның толыққанды өмірге оралу мүмкіндігін көздейді:

1) бас-ми жарақатынан, нейроинфекциядан және жүйке жүйесінің басқа да органикалық ауруларынан кейінгі шамалы білінетін қозғалу, психикалық, сөйлеу бұзылушылықтары;

2) операциядан кейінгі кезеңде (6 айдан астам) ұзақ мерзімді қалпына келтіру және оңалту іс-шараларын талап ететін жай-күй;

3) ағымының ұзақтығы 2 айдан асатын геморрагиялық васкулит кезінде туындаған патологиялық жай-күйлер (екі және одан да көп синдромдардың үйлесуі);

4) асқазанның, ұлтабардың жара ауруының асқынған ағымы;

5) дененің артық салмағы аясында 2-типті орта дәрежедегі қант диабеті;

6) процесс белсенділігінің жоғары дәрежесі 3 айдан асатын дәнекер тіннің диффуздық зақымдануынан туындаған патологиялық жай-күйлер;

7) баланың тіршілік көрсеткіштері бойынша (айқын білінетін зат алмасу, иммундық, қан тамырларының зақымдануы, қан формуласының өзгеруі және т.б.) тағайындалған әсері күшті препараттарды ұзақ (3 айдан астам) уақыт пайдаланудан туындаған, ұзақ терапевтік түзеуді талап ететін патологиялық жай-күй;

8) коагулопатиялар мен тромбоцитопатия аясында жатырдан дисфункциялық қан кетуі.

2. Оның негізінде мүгедектік 2 жыл мерзімге белгіленетін функционалдық өзгерістер мен патологиялық жай-күйлер.

Бұл топқа қалпына келтіру немесе жақсарту әжептәуір уақыт аралығын қажет ететін немесе болжамы белгісіз патологиялық жай-күйлер енеді:

1) сөйлеу, көру, есту қабілеттерінің бұзылуымен немесе оларсыз жүріп-тұруымен ұштастырылатын біркелкі білінетін тұрақты бұзылуы (бір немесе

бірнеше буынның парезі, плегиялары, тұрақты гиперкинездер, қимыл үйлесімінің бұзылуы және т.б.);

2) сөйлеу қабілетінің тұрақты бұзылуы (алалия, афазия, түзеуге келмейтін түрі), дизартрия мен кекештенудің ауыр түрі;

3) омыртқа жұлынының зақымдануынан болған жамбас органдары функцияларының білінетін бұзылуы;

4) тұрақты терапевтік резистентті эпилептиформалық жай-күйлер (айына 1 және одан да көп ұстамасы болатын), жиі болатын шағын және тырыспасыз ұстамалар (аптасына 2-3 рет);

5) ұзақтығы 6 айға және одан да ұзаққа созылатын созылмалы психопатиялық жай-күйлер;

6) есту, көру, сөйлеу, жүріп-тұру аппаратының, басқа да органдардың немесе жүйелер функциялары мен мінез-құлықтың патологиялық нысандарымен ұштасатын жеңіл ақыл-ой кемістігі;

7) тұрақты әлеуметтік бейімсізденуге әкеп соқтыратын мінез-құлық патологиясы, эмоционалдық-жігер аясының бұзылуы;

8) жақсырақ көретін көздің көру қабілетінің (түзетумен) 0,19 қоса алғанға дейін төмендеуі немесе жақсырақ көретін көздің көру өрісінің шоғырлану нүктесінен барлық бағыттарда 25 градусқа дейін тарылуы;

9) есту функцияларының болмауы (III (56-70 дБ) – IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақты құлақ мүкістігі);

10) туа біткен немесе пайда болған кеңірдек, көмекей ауруларының салдарынан трахеотомикалық түтіксіз өздігінен дем ала алмауы;

11) ауырлығы орта дәрежедегі бронхиалды ентікпе;

12) асқазан-ішек жолдары, бауыр және өт жолдары аурулары, мертігу (жаралану, жарақаттану, контузия) мен даму ақаулары кезіндегі ас қорыту органдары функцияларының тұрақты білінетін бұзылуы;

13) белгілі бір жасқа дейін оперативтік емдеуге болмайтын жүрек кемістігі, I-II дәрежедегі жүрек-қан тамырлары жеткіліксіздігінен асқынған ірі қан тамырлары дамуының кемістіктері;

14) I-II дәрежедегі жүрек функциясының тұрақты жеткіліксіздігі, айқын білінетін созылмалы гипоксемия, жүрек функциясының бұзылуына байланысты, оның ішінде кардиостимулятор орнатылғаннан кейінгі синкопальдік жай-күйлер;

15) бүйрек функциясының айқын білінетін тұрақты бұзылуы, бүйрек тініндегі патологиялық процесс белсенділігінің жоғары дәрежесі;

16) терінің және (немесе) шырышты қабықтың қимыл белсенділігінің өте айқын шектелуіне және әлеуметтік бейімсізденуге әкеп соғатын ауқымды зақымдануы (жара болу, эритродермия, айқын қышыну, тыртықтардың пайда болуына байланысты өзгерістер, папилломатоз және басқалары);

17) туа біткен немесе тұқым қуалайтын қан аурулары кезіндегі гемоглобиннің бір литрге 100 граммнан (бұдан әрі – л/г) кем болып төмендей отырып, жылына бір реттен артық болатын анемиялық криздер;

18) қатерсіз ісіктің салдарынан болған орган функциясының айқын бұзылуы және (немесе) айқын білінетін косметикалық кемістік;

19) тірек-қозғалыс функцияларының айқын бұзылуы бар жамбас пен сан буындарының туа біткен немесе кейіннен шығып кетуі;

20) организм функцияларының біркелкі білінетін бұзылуы бар органдардың немесе жүйелердің туберкулезі;

21) инсулинотерапия аясында немесе помпа арқылы инсулин алушылар, оның ішінде микротамырлық асқынулардың (пролиферативті емес ретинопатия, микроальбуминурия сатысындағы нефропатия, сезімталдықтың бұзылуымен полинейропатия) ерте сатылары бар алғаш анықталған 1-типті қант диабеті;

22) терапияға резистенттік белгілері бар және микротамырлық асқынулардың (пролиферативті емес ретинопатия, микроальбуминурия сатысындағы нефропатия, сезімталдықтың бұзылуымен полинейропатия) ерте сатылары бар 2-типті қант диабеті (оның ішінде MODY), қант диабетінің басқа қайталама типтері;

23) қалпына келтіру және негізгі емдеу әдісін таңдау кезеңіне ауыр дәрежелі тиреотоксикоз белгілері бар диффузды уытты зоб.

3. Мүгедектік 5 жыл мерзімге белгіленетін функционалдық өзгерістер мен патологиялық жай-күйлер:

1) бірқалыпты тұрақтануы басталғанға дейінгі туа біткен тұқым қуалайтын зат алмасу аурулары (фенилкетонурия, целиакция және басқалары);

2) тіршілік-тынысының бұзылуына және әлеуметтік бейімсізденуге әкеп соқтыратын туа біткен, тұқым қуалайтын аурулар мен синдромдар;

3) асқынған лейкоз, лимфогрануломатоз;

4) ісік процесінің сатысына қарамастан, хирургиялық және басқа да емдеу түрлерінен кейінгі кез келген жерде орналасқан қатерлі ісіктер;

5) бас сүйектің көлемі үлкейген және гипертензиялық синдромды нақты гидроцефалия, операция жасалған гидроцефалия;

6) сүйек тінінің айқын білінетін ауқымды деструкциялары (остеопороз, шеміршектің қосылуы), сүйектердің, буындардың, бұлшық еттердің қисаюына, аяқ-қол функцияларының II-III дәрежедегі бұзылуы бар қайталама патологиялық сыныктарға әкеп соғатын бұлшық еттердің патологиялық өзгерістері (миофиброз, диффузды кальциноз);

7) омыртқа мен кеуде қуысының III-IV дәрежеде қисаюы, бір немесе бірнеше аяқ-қол буындарының тартылып және шор болып бітуі, ірі сүйектер жалған буындарының контрактуралары және (немесе) анкилозына байланысты жүріп-тұру аппараты функцияларының бұзылуы;

8) туа біткен кемістігі салдарынан аяқ-қолдың немесе олардың сегментінің айқын білініп бұзылуы (мутиляция, контрактуралар, синдактилиялар, артропатиялар және басқалар);

9) органдардың жарым-жартылай немесе толық аплазиясы бар бет дамуындағы туа біткен ақауларға, сондай-ақ белгілі бір жасқа дейін оперативтік

емдеуге болмайтын жұмсақ тіннің және бет скелетінің кейіннен пайда болған ақауларына байланысты тыныс алу, шайнау, жұтыну, сөйлеу функцияларының айқын білінетін бұзылуы;

10) зәр мен үлкен дәреттің тұрақты тоқтамауы, мерзімі бойынша хирургиялық емдеуге жатпайтын ішектегі, қуық пен қуық-жыныс жолдарындағы жыланкөз жаралар.

4. Мүгедектік он алты жасқа толғанға дейінгі мерзімге белгіленетін функционалдық өзгерістер мен патологиялық жай-күйлер.

Тіршілік-тынысының тұрақты шектелуі, органдар функцияларының сауығу немесе әжептәуір жақсару деректері жоқ, тіршілік әрекетінің үдемелі шектелуі, емдеу мен оңалту іс-шараларының болжамды болашағы болмайтын кезде балаға он алты жасқа толғанға дейінгі мүгедектік белгіленеді:

1) бір немесе бірнеше буынның біркелкі білініп және айқын білініп сал болуы немесе терең парезі, тұрақты жайылған гиперкинезі (қос атетоз, хореоатетоз секілді), қимыл үйлесімінің білінетін бұзылуы;

2) екі және одан да көп жылдар бойы орын алатын терапевтік резистентті тырыспалар (айына 3-4 рет және одан да көбірек);

3) ақыл-ой кемістігі ауыр немесе терең және оларға сәйкес келетін әртүрлі генездегі жарыместік дәрежесі;

4) кереңдік (90 дБ астам), керең-мылқаулық;

5) жұлынның зақымдануына байланысты жамбас органдары функцияларының тұрақты бұзылуы, түзетуге келмейтін ішек және қуық-жыныс жолдарындағы жыланкөз жаралар;

6) тыныс функцияларының айқын бұзылуы бар туа біткен және тұқым қуалайтын қолқа-өкпе жүйесінің зақымдануы (муковисцидоз, асқынған альвеолиттер және өкпенің басқа да жайылмалы аурулары);

7) пайда болған және туа біткен сипаттағы созылмалы бронхиалды-өкпе аурулары кезіндегі II және одан да жоғары дәрежедегі тыныстың тұрақты тарылуы, ентікпелі ұстаманың қалыптасуы және жүрек-тамыр, орталық жүйке жүйесінің бұзылуы кезінде, бүйрек бездерінің созылмалы жеткіліксіздігіне әкеп соқтыратын гормондарға тәуелді бронхиалды ентікпе;

8) жүректің инкурабельді фонындағы ауруларының II-III дәрежедегі тұраланған жүрек кемістігі;

9) туа біткен, тұқым қуалайтын, кейіннен пайда болған ауруларға байланысты бауыр функциясының қайтымсыз айқын бұзылуы;

10) бүйрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі, қатерлі гипертония, бүйректің асқынған қантсыз диабеті;

11) инкурабельді қатерлі ісіктер;

12) орган функциялары бұзылған жағдайда, хирургиялық әдіспен емдеуге келмейтін қатерсіз ісіктер;

13) организм функцияларының айқын білініп бұзылуына әкеп соғатын органдар мен жүйелердің болмауы (туа біткен немесе кейін пайда болған) немесе дамуы айқын жетілмеген кезде туындайтын патологиялық жай-күй;

14) аяқ-қолдың бір немесе бірнеше буынының деңгейіне қарамастан келте болуы;

15) өз еркімен жүріп-тұру немесе өзін өзі күту қабілетінің өте айқын шектелуі кезінде анкилоздарға, контрактураларға, патологиялық сынуға, скелеттің қисаюына әкеп соғатын скелет сүйектерінің жүйелі зақымдануы және тірек-қозғалыс аппаратының дамуындағы ақаулар;

16) ішкі секреция функцияларының жетіспеушілігі салдарынан организм функцияларының айқын білініп бұзылуы: қалпына келмейтін кейінгі тамырлы асқынуларымен дамыған (препролиферативті және пролиферативті ретинопатия, III дәрежедегі нефропатия, қайталама асқынуларымен және қалпына келмейтін бұзылулармен перифериялық, автономиялық немесе ауырсынатын түрдегі нейропатия, «диабеттік аяқ басы» синдромы) қант диабетінің барлық түрлері, қантсыз диабет (питуитрин-резистентті түрі), гипофиздің гармоналды белсенді ісіктері (гигантизм, Иценко-Кушинг ауруы, пролактинома), туа біткен, пайда болған, оның ішінде операциядан кейінгі, гипопитуитаризм, саматотропинмен емдеуге рефрактелік кезінде гипофизарлы нанизм; бүйрек безінің созылмалы жеткіліксіздігі (Аддисон ауруы, адреналэктомиядан кейінгі жағдай, бүйрек безінің туа біткен дисфункциясы), туа біткен немесе пайда болған гипотиреоздың ауыр түрі, туа біткен немесе кейіннен пайда болған гиперпаратиреоз және гипопаратиреоз, хромасомды аномалияның салдарынан туа біткен жыныстық жіктеудің бұзылуы;

17) созылмалы лейкоз, гистиоцитоз;

18) қан өндірудің орташа және ауыр дәрежедегі туа біткен және кейіннен пайда болған гипо- және апластикалық жай-күйлері (гемоглобин 100 г/л төмен, тромбоциттер 1 куб миллиметрде (бұдан әрі - 1 куб. мм) 100 мыңнан төмен, лейкоциттер 1 куб. мм 4 мың. кем;

19) коагулопатия мен тромбопатияның ауыр түрлері, ауыр геморрагиялық криздер үздіксіз қайталанып отыратын созылмалы тромбоцитопеникалық пурпура (қандағы тромбоциттер саны 50 мың және 1 куб. мм-ден кем);

20) алғашқы иммундық тапшылық жағдайы. Ауыр аралас иммундық жеткіліксіздік, агамма- және гипогаммаглобулинемия, лимфа байланыстарының, өкпенің, бауырдың, басқа да органдардың бактериямен зақымдалуын тудыратын септикалық гранулематоз;

21) қан сарысуындағы Е иммунноглобулиннің бір литрде 1000 КЕД артық концентрациясымен тері асты клетчаткаларының, өкпенің, бауырдың және басқа да органдардың көбіне «салқын» абсцестерін тудыратын Е гипериммунноглобулинемия синдромы;

22) пайда болған иммунитет тапшылығы, адамның туа біткен иммундық тапшылық жай-күйлерінің айқын көрінісі;

23) туа біткен және пайда болған анофтальм, бір көздің немесе екі көздің толық көрмеуі.

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
7-қосымша

Жасы он сегізден асқан адамдарға мүгедектік тобы және (немесе)
КЕА дәрежесі қайта куәландыру мерзімінсіз және (немесе)
ЖЕА дәрежесі міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысы
зейнетақы төлемдерін алуға құқық беретін жасқа жеткенге дейін белгіленетін
қалпына келмейтін анатомиялық кемістіктердің тізбесі

1. Мүгедектіктің бірінші тобы және (немесе) КЕА дәрежесі 90-нан 100 %-ды қоса алғанға дейін және (немесе) ЖЕА дәрежесі 80-нен 100 %-ды қоса алғанға дейін белгіленетін анатомиялық кемістіктер:

1) екі қолдың буынының барлық саусақтарының болмауы немесе екі қолдың неғұрлым көп бөлігінің кесілуі;

2) екі аяқтың санның үштен бірінен жоғары бөлігіндегі тұқылы;

3) екі көздің де толық көрмеуі (жарықты сезінбеуі);

4) он алтыға дейінгі жаста мүгедектік алғаш рет белгіленген жағдайларда, ақыл-ой кемістігі ауыр немесе терең және оларға сәйкес келетін әртүрлі генездегі жарыместік дәрежесі.

2. Мүгедектіктің екінші тобы және (немесе) КЕА дәрежесі 60-тан 89 %-ды қоса алғанға дейін және (немесе) ЖЕА дәрежесі 60-тан 79 %-ды қоса алғанға дейін белгіленетін анатомиялық кемістіктер:

1) екі қолдың анатомиялық кемістіктері:

біріншісін қоспағанда, барлық төрт саусақтың бақай сүйектерінің, екі қолдың буынының болмауы;

біріншісін қоса алғанда, барлық үш саусақтың бақай сүйектерінің, екі қолдың буынының болмауы;

екі қолдың буынының тиісті алақан сүйектерімен бірінші және екінші саусақтың болмауы;

екі қолдың тиісті алақан сүйектерімен үш саусақтың болмауы;

қолды иық буынынан кесіп тастау;

2) екі аяқтың анатомиялық кемістіктері:

Шопар бойынша табан тұқылдары;

тізе тұқылдары, оның ішінде Пирогов бойынша табанды кесіп тастау;

жамбас санды буыннан кесіп тастау;

протездеуге келмейтін санның көп бөлігінің кесілуі;

екі аяқтың жіліншіктің немесе санның буынының протезделген кесілген тұқылдары;

3) аяқ-қол анатомиялық кемістіктерінің өзге де ақаулармен және аурулармен ұштасуы:

тізе тұқылы немесе барлық төрт бақай сүйектерінің болмауымен немесе бір қолдың көп бөлігінің кесілуімен ұштасқан бір аяқтың көп бөлігінің кесілуі;

бір қолдың тұқылы және бір көздің болмауы немесе толық көрмеуі;

бір аяқтың тұқылы және бір көздің болмауы немесе толық көрмеуі.

3. Мүгедектіктің үшінші тобы және (немесе) КЕА дәрежесі 30-дан 59 %-ды қоса алғанға дейін және (немесе) ЖЕА дәрежесі 30-дан 59 %-ды қоса алғанға дейін белгіленетін анатомиялық кемістіктер:

1) қолдың тұқылы (тұқылдары) және басқа да кемістіктері:

біріншісін қоспағанда, барлық төрт саусақтың бақай сүйектерінің болмауы;

біріншісін қоса алғанда, үш саусақтың бақай сүйектерінің болмауы;

тиісті алақан сүйектерімен қоса, қолдың бірінші және екінші саусақтарының болмауы;

тиісті алақан сүйектерімен қоса, қолдың үш саусағының болмауы;

екі қолдың да бірінші саусақтарының болмауы;

бір қолдың кесілген тұқылы;

айқын білінетін контрактура (буындағы қозғалыс көлемі 10 градусқа дейін) немесе функционалдық қолайсыз қалыптағы (60 градустан кем немесе 150 градустан артық) немесе ең шеткі супинациядағы немесе ең шеткі пронациядағы жағдайда білектің қозғалуы кезіндегі шынтақ буынының анкилозы;

резекциядан кейінгі иықтың немесе шынтақтың бос буыны;

жедел емдеуге болмайтын болса, иықтың немесе білектің екі сүйегінің жалған буыны;

анкилоз немесе біріншісін қоспағанда, төрт саусақтың немесе біріншісін қоса алғанда, үш саусақтың функционалдық қолайсыз жағдайдағы айқын білінетін контрактурасы (қозғалыстың 5-8 градус шегінде шектелуі);

2) аяқтың тұқылы (тұқылдары), аяқтың және омыртқаның басқа да кемістіктері:

Пирогов бойынша кесілгеннен кейінгі табан тұқылы, Шопар буыны деңгейіндегі ақаулы тұқыл және бір аяқтың неғұрлым көп бөлігінің кесілуі;

Шарп бойынша табан сүйектері бастарының резекциясы бар табанның екі жақты тұқылдары;

аяқтың 10 және одан да көп сантиметрге қысқаруы;

айқын білінетін контрактура немесе жамбас-сан буынының функционалдық қолайсыз жағдайдағы анкилозы (170 градустан артық және 150 градустан кем);

тізе буынының функционалдық қолайсыз жағдайдағы анкилозы (170 градустан кем);

ота жасауға келмейтін санның немесе тізенің екі сүйегінің жалған буыны;

резекциядан кейінгі жамбас-санның бос буыны;

айқын білінетін контрактура немесе табанның ақаулы қолайсыздығымен қоса, сирақ-табан буынының анкилозы немесе екі сирақ-табан буынының анкилозы;

операциялық араласу нәтижелері тиімсіз болғандағы жамбас-сан буынының туа біткен немесе пайда болған шығып кетуі;

түзету операциясын жасауға болмайтын IV дәрежедегі кифосколиоз;

ығысқан және ішкі органдардың анық білінетін функционалдық бұзылған қабырғалар анық майысқан IV дәрежедегі сколиоз;

3) басқа да туа біткен және пайда болған кемістіктер мен аурулар:

егер протездеу шайнауды қамтамасыз ете алмаса, операциялық емдеуге жатпайтын жақтың немесе қатты таңдайдың кемістіктері;

кеңірдектің болмауы салдарынан тұрақты канюля киіп жүру;

есту протезін қою мүмкін болмағанда IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі құлақтың кереңдігі, керең-мылқаулық, екі құлақтың кереңдігі (90 дБ астам);

бір көздің толық көрмеуі немесе бір көздің болмауы;

гастрэктомия;

тыныс алу жеткіліксіздігі кезіндегі пульмонэктомия;

тыныс алу жеткіліксіздігі болғанда 5 және одан көп қабырғаның резекциясымен торакопластика;

гипофизарлы нанизм, остеохондропатия, аласа бойлылықты остеохондродистрофия (әйелдер үшін – 130 см-ден төмен, ерлер үшін – 140 см-ден төмен);

қол буынының немесе қолдың сал болуы, аяқтың сал болуы, едәуір трофикалық бұзылған екі қолдың немесе екі аяқтың айқын парезі: иық буынының гипотрофиясы – 4 см-ден жоғары; білек – 3 см-ден жоғары; сан – 8 см-ден жоғары; сирақ – 6 см-ден жоғары.

4. КЕА дәрежесі 5-тан 29 %-ды қоса алғанға дейін белгіленетін анатомиялық кемістіктер:

алақан сүйегінде басы жоқ бір немесе бірнеше саусағынан айырылған кезде КЕА (1-кесте) белгіленеді.

Жұмысында екі қол буынының барлық саусақтарын пайдалануды талап ететін (музыканттар, зергерлер және т.б.) адамдар үшін КЕА дәрежесі 5 % артады.

Жұмысы қармау функциясына ғана есептелеген адамдар үшін КЕА дәрежесі 5 %-ға, ал шынашағынан айырылу аталған санаттағы жұмысшылардың КЕА 5% азайтуға алып келеді, себебі қармау күші төмендейді.

1-кесте

		I саусақ			II саусақ	III саусақ	IY саусақ	Y саусақ
		тырнақ фалангасы	негізгі фаланга	алақан сүйек				
I саусақ	тырнақ фаланга	0/0						

	сы							
	негізгі фаланга		20/15					
	алақан сүйек			20/15				
II саусақ			25/20	30/25	5/0			
III саусақ			25/20	30/25	20/15	0/0		
IY саусақ			20/15	25/20	25/15	20/15	0/0	
Y саусақ			20/15	25/20	15/10	15/10	20/15	0/0

Ескертпе: алымында жетекші қолға арналған КЕА пайыздары (оң қолдылар үшін оң қол, солақайлар үшін сол қол);
бөлімінде – жетекші емес қол үшін (оң қолдылар үшін сол қол, солақайлар үшін оң қол).

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
8-қосымша

Нысан

Мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
әлеуметтік және кәсіптік бөлігі
20____ жылғы « ___» _____ № _____
медициналық-әлеуметтік сараптаманың 20__ жылғы « __» _____№ __ актісіне

1. Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)
(мүгедек)_____
2. Туған күні__ __ жылғы____ _____
3. Мекенжайы, үй телефоны _____
4. ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету)
5. Мүгедектік санаты (тобы, себебі) _____
6. Диагнозы _____
7. Мүгедектік 20___ жылғы ____ _____ дейінгі мерзімге белгіленді
8. Білімі _____
9. Кәсібі (мамандығы) _____
10. Оңалту-сараптама қорытындысы: _____

р/с	Әлеуметтік оңалту іс-шаралары	Іске асыру мерзімі, ОЖБ іске асыруға жауаптылар	Орындау күні	Орындаушы	Орындалмау себебінің негіздемесі
		аумақтық бөлімшенің маманы толтырады	ОЖБ іске асыруға жауапты маман толтырады		
1	2	3	4	5	6
1.	Протездік-ортопедиялық көмек көрсету: қол протездері; жіліншік протездері; жамбас протездері; кеуде бездерінің протездері; аппараттар, туторлар, ортездер; балдақтар, таяқтар, жетек арбалар; корсеттер, реклинаторлар, басұстағыштар; бандаждар, емдік белбеулер, балалардың профилактикалық шалбарлары; ортопедиялық аяқ киім және қосымша тетіктер (кебістер, супинаторлар); аппараттарға арналған аяқ киім				
2.	Сурдотехникалық құралдармен қамтамасыз ету: есту аппараты; бейнекомпьютер; көп функционалды сигналдық жүйе; телефакс; мәтіндік хабарламасы бар және хабар				

	қабылдайтын ұялы телефон; саңырау және нашар еститін адамдарға арналған сағаттар кохлеарлық имплантарға сөйлеу процессоры (ауыстыру)				
3.	Тифлотехникалық құралдармен қамтамасыз ету: таяқ; тифломагнитола; оқу машинасы; компьютерлік тифлокешендер; Брайл жүйесі бойынша жазуға арналған құрал; рельефті-ноқатты қаріппен жазуға арналған қағаз; диктофон; дыбыс жазбасын шығаруға арналған плейер; нашар көретін адамдарға арналған сағаттар				
4.	Міндетті гигиеналық құралдармен қамтамасыз ету (салмағы __ килограмм, бойы__ сантиметр, жамбас көлемі _ сантиметр жазу жазу): несеп қабылдағыштар; нәжіс қабылдағыштар; памперстер.				
5.	Арнаулы жүріп–тұру құралдарымен қамтамасыз ету (кресло-арбалар) (салмағы __ килограмм, бойы __ сантиметр, жамбас көлемі __ сантиметр жазу керек: бөлмелік; серуендік.				
6.	Әлеуметтік қызметтер көрсету: жеке көмекші; ымдау тілі маманы				
7.	Мынадай жағдайларда арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсету:				
7.1.	стационарлық:				
7.1.1.	тірек-қимыл аппараты бұзылған балаларға арналған МӘМ;				
7.1.2.	балаларға арналған психоневрологиялық МӘМ;				
7.1.3.	психоневрологиялық МӘМ;				
7.1.4.	қарттар мен мүгедектерге арналған жалпы үлгідегі МӘМ;				
7.2.	жартылай стационарлық:				
7.2.1.	оңалту орталығы;				
7.2.2.	күндіз болу орталығы (бөлімшесі)				
7.2.3.	аумақтық орталық;				
7.3.	үйде:				
8.	Халықты әлеуметтік қорғау жүйесі ұйымдарының желісі бойынша жүргізілетін санаторлық-курорттық емдеу				
9.	Тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларды жақсарту				
р/с	Кәсіптік оңалту іс-шаралары	Іске асыру мерзімі, ОЖБ іске асыруға жауаптылар	Орындау күні	Орындаушы	Орындалмау себебінің негіздемесі
		аумақтық бөлімшенің маманы	ОЖБ іске асыруға жауапты маман толтырады		

		толтырады			
1	2	3	4	5	6
1.	Халықты әлеуметтік қорғау жүйесінің ұйымдары арқылы (жазу керек) техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі, жоғары, жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру				
2.	Жұмысқа орналастыру				
3.	Жұмысқа орналастыру шарттары (жазу керек)				
	4.1. Жұмыс режимін ұйымдастыру: толық немесе қысқартылған жұмыс күні және басқа				
	4.2. Қолайсыз өндірістік факторлардың әсерін жою				
	4.3. Арнайы жұмыс орнын құру				
4.	Басқалары (жазу керек)				

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____
аумақтық бөлімшенің басшысы (қолы)

Аумақтық бөлімшенің мөртабаны

11. ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөлігін іске асыру күні _____
Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____
басшы (қолы)

12. Оңалтудың әлеуметтік және кәсіптік бөлігін іске асыру нәтижелерін бағалау (асты сызылсын): бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), оң нәтиженің болмауы
Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____
аумақтық бөлімшенің басшысы (қолы)

МО

(қию сызығы)

Мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
әлеуметтік және кәсіптік бөлігінен үзінді көшірме
20____ жылғы «___» _____ № _____
медициналық-әлеуметтік сараптаманың 20 __ жылғы «__» _____ № __ актісіне

1. Мүгедектің егі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)_____
2.Туған күні ____жылғы _____ _____
3.Тіркелген орны _____
4.ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету)
5.Мүгедектік санаты (тобы, себебі) _____
6.Мүгедектік 20____ жылғы ___ _____ дейінгі мерзімге белгіленді
7. Диагнозы _____
8. Білімі _____

9. Кәсібі (мамандығы)
_____
10. Оңалту-сараптамалық қорытынды:
- әлеуметтік оңалту:
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____
- кәсіптік оңалту:
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____ _____
аумақтық бөлімшенің басшысы (қолы)
МО

(қию сызығы)

Мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
әлеуметтік және кәсіптік бөлігінен үзінді көшірме
медициналық әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі
20____ жылғы «___» _____ № _____
медициналық-әлеуметтік сараптаманың 20 __ жылғы «_» _____№ __ актісіне

1. Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)_____
2. Туған күні ____жылғы _____ _____
3. Тіркелген орны _____
4. ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету)
5. Мүгедектік санаты (тобы, себебі) _____
6. Мүгедектік 20 __жылғы ____ _____ дейінгі мерзімге белгіленді
7. Диагнозы
_____
8. Білімі _____
9. Кәсібі (мамандығы) _____
10. Оңалту-сараптамалық қорытынды:
- әлеуметтік оңалту:
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____
- кәсіптік оңалту:

іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____
іс-шаралар _____ әзірлеу күні ___жылғы ___ _____
іске асыру мерзімі ___ жылғы ___ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)_____
_____

аумақтық бөлімшенің басшысы (қолы)

МО

ОЖБ әлеуметтік және кәсіптік бөлігінен үзінді көшірмені алдым
(_____(_____)
(қолы) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

Күні 20 жылғы «____» _____

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
9-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

_____

(өңір, МӘС бөлімінің №, мекенжайы / регион, № отдела МСЭ, адрес)

Медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі
Акт медико-социальной экспертизы №____

1-бөлім. Куәландырылатын адам туралы жалпы деректер
Раздел 1. Общие данные об освидетельствуемом лице

1. Сараптаманың басталған күні 20___жылғы «__»_____
Дата начала экспертизы
1.1. Сараптаманың аяқталған күні 20___жылғы «__»_____
Дата окончания экспертизы
2. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)_____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
3. Туған күні ____жылғы «___»_____ 3.1. Жасы ___
Дата рождения Возраст
4. Жынысы _____
Пол
5. Тіркелген орны _____
Место регистрации
5.1. Нақты тұратын мекенжайы _____
Адрес фактического проживания
6. Куәландырудың мақсаты _____
Цель освидетельствования
7. Куәландырудың түрі (бірінші рет / қайта) _____
Вид освидетельствования (первичное / повторное)
8. Куәландыруды өткізу орны _____
Место проведения освидетельствования
9. Мүгедектік санаты/тобы _____
Категория/группа инвалидности
9.1. Мүгедектіктің себебі _____
Причина инвалидности
10. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұдан әрі - ЖЕА) _____
Степень утраты общей трудоспособности (далее - УОТ)
11. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұдан әрі - КЕА) _____
Степень утраты профессиональной трудоспособности (далее - УПТ)
11.1. КЕА себебі _____
Причина УПТ
12. Мүгедектіктің , еңбек ету қабілетінен айырылуының динамикасы _____
Динамика инвалидности, утраты трудоспособности
13. Әлеуметтік-экономикалық мәртебесі_____
Социально-экономический статус
13.1. Білімі_____

Образование
13.2. Негізгі кәсібі _____
Основная профессия
13.3. Жұмыс орны _____
Место работы
13.3.1. Қызметі _____
Должность
13.3.2. Еңбектің сипаты мен жағдайлары _____
Характер и условия труда
14. Еңбек қалауы _____
Трудовая установка
14.1. Еңбек жағдайларын өзгерту _____
Изменение условий труда
15. Ұйымдастырылуы (балаларға)_____
Организованность (для детей)
15.1.Оқуға қалау _____
Установка на учебу

2-бөлім. Сараптамалық тексерудің деректері
Раздел 2. Данные экспертного обследования

16. Шағымдары _____
Жалобы _____
_____
17. Аурудың анамнезі және өткізілген оңалту шаралары _____
Анамнез заболевания и проведенные реабилитационные мероприятия
_____
_____
_____
18. Еңбекке уақытша жарамсыздықтың ұзақтығы _____
Продолжительность временной нетрудоспособности
19. Объективті қарап тексерудің деректері:
Данные объективного осмотра:
19.1. Терапиялық (педиатриялық, фтизиатриялық) статусы_____
Терапевтический (педиатрический, фтизиатрический) статус
_____
_____
19.2. Неврологиялық статусы _____
Неврологический статус
_____
_____
19.3. Психиятриялық статусы _____
Психиатрический статус
_____
_____
19.4. Хирургиялық статусы_____
Хирургический статус
_____
_____
20. Қосымша объективті қарап тексеру деректері _____
Дополнительные данные объективного осмотра
_____
_____
20.1. Офтальмологиялық деректері_____
Офтальмологические данные
_____
_____
20.2. Отоларингологиялық деректері _____
Отоларингологические данные
_____

_____

21. Медициналық ұйымдар мамандарының консультациялық қорытындылары_____
Консультативные заключения специалистов медицинских организаций

_____

_____

22. Зерттеулер деректері _____
Данные исследований

_____

_____

22.1. Қосымша зерттеулер деректері _____
Данные дополнительных исследований

_____

_____

3-бөлім. Организмнің жай-күйі мен тіршілік-тынысының шектелу дәрежесін бағалау
Раздел 3. Оценка состояния организма и степени ограничения жизнедеятельности

23. Организм функцияларының білінетін бұзылу дәрежесі мен түрлері:
Виды и степень выраженности нарушений функций организма:

23.1. психикалық функцияларының бұзылуы (аңғару, зейін, есте сақтау, ойлау, сөйлеу, эмоциялар, жігер, парасат, сана, мінез-құлық, психомоторлық функциялар)_____
нарушение психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоция, воля, интеллект, сознание, поведение, психомоторные функции);

23.2. сезіну функцияларының бұзылуы (көру, есту, иісті сезу, түйсіну және сезімталдықтың бұзылуы) _____
нарушение сенсорных функций (зрение, слух, обоняние, осязание и нарушения чувствительности)

23.3. статикалық - динамикалық функциялардың (бастың, кеуденің, аяқ-қолдың қозғалу функцияларының, статиканың және қозғалыс үйлесімдігінің) бұзылуы_____
нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечности, статики и координации движений)

23.4. қанайналым функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции кровообращения

23.5. тыныс алу функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции дыхания

23.6. асқорыту функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции пищеварения

23.7. сыртқа шығару функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции выделения

23.8. зат пен энергия алмасу функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции обмена веществ и энергии

23.9. қан түзілуі функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции кроветворения

23.10. ішкі секреция функцияларының бұзылуы_____
нарушение функции внутренней секреции

23.11. иммунитет функцияларының бұзылуы_____
нарушение иммунитета

24. Тіршілік-тынысының негізгі санаттарының шектелуінің біліну дәрежесі мен түрлері:
Виды и степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности:

24.1. өзін өзі күту қабілеті_____
способность к самообслуживанию

24.2. өз бетімен жүріп-тұру қабілеті_____
способность к самостоятельному передвижению

24.3. оқу қабілеті_____
способность к обучению

24.4. еңбек қызметіне қабілеті_____
способность к трудовой деятельности

24.5. бағдарлана білу қабілеті_____
способность к ориентации

24.6. қарым-қатынас жасау қабілеті_____

способность к общению
24.7. өзінің жүріс-тұрысын бақылау қабілеті_____
способность контролировать свое поведение
24.8. ойын және танымдық қызметке қабілеті (балаларға) _____
способность к игровой и познавательной деятельности (для детей)
24.9. белсенді қозғалу қабілеті (балаларға) _____
способность к двигательной активности (для детей)
25. Анатомиялық кемістік _____
Анатомический дефект
26. Оңалту-сараптама диагностикасы_____
Реабилитационно-экспертная диагностика
26.1. Оңалту болжамы _____
Реабилитационный прогноз
26.2. Оңалту әлеуеті_____
Реабилитационный потенциал
27. МӘС әдіснама және бақылау бөліміне консультацияға жіберу _____
Направление на консультацию в отдел методологии и контроля МСЭ
28. Қосымша мәліметтер _____
Дополнительные сведения
_____
_____
29. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу үшін негіз болып табылатын құжаттардың тізбесі (медициналық-әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі) _____
Перечень документов, являющихся основанием для проведения медико-социальной экспертизы (приобщаются к акту медико-социальной экспертизы):
_____
30. Медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдаудың негізділігі _____
Обоснованность направления на медико-социальную экспертизу

4-бөлім. МӘС бөлімінің сараптама қорытындысы
Раздел 4. Экспертное заключение отдела МСЭ

31. Клиникалық-сараптама диагнозы:
Клинико-экспертный диагноз:
31.1. Негізгі диагноз _____
Основной диагноз
_____
_____
31.2. Ілеспелі аурулардың диагнозы _____
Диагноз сопутствующих заболеваний
_____
_____
32. Мүгедектік санаты/тобы _____
Категория/группа инвалидности
32.1. Мүгедектіктің себебі _____
Причина инвалидности
32.2. Мүгедектіктің мерзімі _____
Срок инвалидности
32.3. Мүгедектік белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін
Инвалидность установлена на срок до
32.4. Мүгедектік мерзімі 20____жылғы «___» _____ бастап есептелді
Срок инвалидности зачтен с
33. ЖЕА дәрежесі _____% _____
Степень УОТ (жазбаша / прописью)
33.1. ЖЕА дәрежесінің себебі _____
Причина степени УОТ
33.2. ЖЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін
Степень УОТ установлена на срок до
33.3. ЖЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «___»_____ бастап есептелді

Срок степени УОТ зачтен с
34. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы акті бойынша КЕА дәрежесі
Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____% _____
(жазбаша / прописью)
34.1. КЕА себебі _____
Причина УПТ
34.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____
Срок степени УПТ
34.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін
Степень УПТ установлена на срок до
34.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді
Срок степени УПТ зачтен с
35. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы акті бойынша КЕА дәрежесі
Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____% _____
(жазбаша / прописью)
35.1. КЕА себебі _____
Причина УПТ
35.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____
Срок степени УПТ
35.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін
Степень УПТ установлена на срок до
35.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді
Срок степени УПТ зачтен с
36. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы акті бойынша КЕА дәрежесі
Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____ % _____
(жазбаша / прописью)
36.1. КЕА себебі _____
Причина УПТ
36.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____
Срок степени УПТ
36.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін
Степень УПТ установлена на срок до
36.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді
Срок степени УПТ зачтен с
37. Оңалту жөніндегі ұсынымдар:
Рекомендации по реабилитации:
37.1. медициналық оңалту _____
медицинская реабилитация
_____
37.2. әлеуметтік оңалту _____
социальная реабилитация
_____
37.3. кәсіптік оңалту _____
профессиональная реабилитация
_____
38. Зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне мұқтаждығы_____
Нуждаемость пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе
_____
39. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу нәтижелері бойынша куәландырылатын адамға немесе оның заңды өкіліне берілген құжаттар (керегі көрсетілсін): _____
Документы, выданные освидетельствованному лицу или его законному представителю по результатам проведения медико-социальной экспертизы (нужное указать):
39.1. мүгедектік туралы анықтама № _____
справка об инвалидности
39.2. мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының картасынан үзінді көшірме № _____
выписка из карты индивидуальной программы реабилитации инвалида
39.3. жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама №_____
справка о степени утраты общей трудоспособности
39.4. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама №_____
справка о степени утраты профессиональной трудоспособности

39.5. зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне мұқтаждығы туралы қорытынды №__
заключение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе

39.6. толық оңалу туралы хабарлама №_____
извещение о полной реабилитации

Бас мамандар _____ (_____)
Главные специалисты (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
_____ (_____)
_____ (_____)
_____ (_____)

МӘС бөлімінің басшысы /МӘС ӘБ бөлімінің басшысы_____ (_____)
Руководитель отдела МСЭ/
Руководитель отдела МК МСЭ: (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

М.О.
М.П.

Медициналық-әлеуметтік сараптама актісінің
нысанына қосымша

Медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісіне қосымша
Приложение к Акту медико-социальной экспертизы №____

1 бөлім. МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің қорытындысы
Раздел 1. Заключение отдела методологии и контроля МСЭ

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні ____ жылғы «___»____
Дата рождения
1. Консультация, МӘС бөлімінің қорытындысына шағымдану (бақылау)
Консультация, обжалование (контроль) заключения отдела МСЭ
2. Өтініштің келіп түскен күні (консультацияға жіберілген күні) 20 ____ жылғы «___»_____
Дата поступления заявления (дата направления на консультацию)
3. Қайта куәландырылған күні 20____ жылғы«____» _____
Дата переосвидетельствования
4. Шағымдары _____
Жалобы _____
_____
5. Ауру анамнезі және өткізілген оңалту шаралары _____
Анамнез заболевания и проведенные реабилитационные мероприятия
_____
_____
_____
6. Объективті қарап тексеру деректері:_____
Данные объективного осмотра:
_____
_____
_____
7. Қосымша зерттеулер деректері _____
Данные дополнительных исследований
_____
_____
_____
8. Клиникалық-сараптама диагнозы: _____
Клинико-экспертный диагноз:
_____
_____
_____
9. Қорытынды _____
Заключение
10. Қорытындыны негіздеу
Обоснования заключения
_____
_____

2-бөлім. МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің сараптама қорытындысы
Раздел 2. Экспертное заключение отдела методологии и контроля МСЭ

11. Клиникалық-сараптама диагнозы:
Клинико-экспертный диагноз:
11.1. Негізгі диагноз _____

Основной диагноз

_____

_____

11.2. Ілеспелі аурулардың диагнозы _____

Диагноз сопутствующих заболеваний

_____

_____

13. Мүгедектік категориясы/тобы _____

Категория/группа инвалидности

13.1. Мүгедектіктің себебі _____

Причина инвалидности

13.2. Мүгедектіктің мерзімі _____

Срок инвалидности

13.3. Мүгедектіктің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін

Инвалидность установлена на срок до

13.4. Мүгедектіктің мерзімі 20___жылғы «___»_____ бастап есептелді

Срок инвалидности зачтен с

14. ЖЕА дәрежесі _____% _____

Степень УОТ (жазбаша / прописью)

14.1. ЖЕА дәрежесінің себебі _____

Причина степени УОТ

14.2. ЖЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін

Степень УОТ установлена на срок до

14.3. ЖЕА дәрежесінің мерзімі 20___жылғы «___»_____ бастап есептелді

Срок степени УОТ зачтен с

15. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі

Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____% _____

(жазбаша / прописью)

15.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

15.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

15.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін

Степень УПТ установлена на срок до

15.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

16. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі

Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____% _____

(жазбаша / прописью)

16.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

16.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

16.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін

Степень УПТ установлена на срок до

16.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

17. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі

Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____% _____

(жазбаша / прописью)

17.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

17.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

17.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін

Степень УПТ установлена на срок до

17.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

18. ____ жылғы «___»_____ №__ Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі

Степень УПТ по Акту о несчастном случае _____% _____

(жазбаша / прописью)

18.1. КЕА себебі _____
Причина УПТ

18.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____
Срок степени УПТ

18.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____жылғы «____» _____ дейін
Степень УПТ установлена на срок до

18.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «____»_____ бастап есептелді
Срок степени УПТ зачтен с

19. Оңалту жөніндегі ұсынымдар:
Рекомендации по реабилитации:

19.1. медициналық оңалту _____
медицинская реабилитация

_____

19.2. әлеуметтік оңалту _____
социальная реабилитация

_____

19.3. кәсіптік оңалту _____
профессиональная реабилитация

_____

20. Зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне мұқтаждығы_____
Нуждаемость пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе

_____

21. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу нәтижелері бойынша куәландырылатын адамға немесе оның заңды өкіліне берілген құжаттар (керегін көрсету): _____
Документы, выданные освидетельствованному лицу или его законному представителю по результатам проведения медико-социальной экспертизы (нужное указать):

21.1. мүгедектік туралы анықтама № _____
справка об инвалидности

21.2. мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының картасынан үзінді көшірме № _____
выписка из карты индивидуальной программы реабилитации инвалида

21.3. жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама №_____
справка о степени утраты общей трудоспособности

21.4. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама №_____
справка о степени утраты профессиональной трудоспособности

21.5. зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлері мен көмекке мұқтаждығы туралы қорытынды №_
заключение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе

21.6. толық оңалу туралы хабарлама №_____
извещение о полной реабилитации

Бас мамандар _____ (_____)
Главные специалисты (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
_____ (_____)
_____ (_____)
_____ (_____)

М.О. МӘС ӘБ бөлімінің басшысы _____ (_____)
М.П. Руководитель отдела МК МСЭ (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
10-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по_____

№ __ МӘС бөлімінің медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу хаттамалар журналы
(Хаттамалар Мүгедектерді есепке алу жүйесі деректерінің орталықтандырылған банкінің «Online» режимінде қалыптастырылады)

Журнал протоколов
проведения медико-социальной экспертизы отдела МСЭ № ___
(Протокола формируются в «Online» режиме
Централизованного банка данных системы учета инвалидов)

20 __ жылғы «___» _____ басталды (начат)
20 __ жылғы «___» _____ аяқталды (закончен)

Күнделікті хаттамалар куәландырылатын адамның Мүгедектерді есепке алу жүйесі деректерінің орталықтандырылған банкінің «Online» режимінде енгізілген деректері бойынша қалыптастырылады.

Күнделікті хаттамалар жұмыс күнінің соңында «Online» режимінде басылып шығарылады, хаттамаға нөмір қойылады, сараптамалық қорытындыны шығаруға қатысқан медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі басшысының, бас мамандардың қолы қойылады және мөртаңбамен расталады.

Әр күнтізбелік айдың соңында хаттамалардың ай сайынғы журналдары қалыптастырылады: ағымдағы айға күнделікті хаттамалардың барлық парақтары хронологиялық тәртіпте нөмірленеді, тігіледі, мөртаңбамен және медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі басшысының қолымен бекітіледі.

Үлгі

Нөмірленген және тігілген
Пронумеровано и прошнуровано
_____бет/листа(-ов)
(жазбаша/прописью)
МӘС бөлімінің басшысы
Руководитель отдела МСЭ
_____
(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы /
фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)
20___ жылғы/год «___»_____
М.О./М.П.

Хаттамаларға енгізілген барлық түзетулер, өзгерістер, толықтырулар ескеріліп, мөртаңбамен және МӘС бөлімі басшысының қолымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

_____

(өңір, бөлім / регион, отдел)

20___жылғы «____» _____№ _____ хаттама
Протокол № ____ от «____» _____20___года

Тіркеу нөмірі Регист-рацион-ный номер	Акт № № акта	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Туған күні, жасы Дата рождения, возраст	Тіркелген орны Место регистра-ции	Жұмыс орны, лауазымы Оқу орны Место работы, должность Место учебы	Алғашқы немесе қайта куәландыру/ куәландыру мақсаты Первичное или повторное освидетельст-вование/цель освидетельст-вования	Мүгедектік тобы және себебі, ЖЕҚА дәрежесі, КЕҚА дәрежесі және себебі, еңбекке уақытша жарамсыздық парағының (анықтамасының) ұзақтығы Группа и причина инвалидности, степень УОТ, степень и причина УПТ, продолжитель-ность листа (справки) временной нетрудоспособ-ности
1	2	3	4	5	6	7	8

Клиникалық-сараптамалық диагнозы Клинико-экспертный диагноз	Қорытынды (мүгедектік тобы, ЖЕҚА дәрежесі, КЕҚА дәрежесі) Заключение (группа инвалидности, степень УОТ, степень УПТ)	Мүгедек-тіктің, КЕҚА себебі Причина инвалид-ности, УПТ	Мүгедектіктің, ЖЕҚА, КЕҚА, ОЖБ мерзімі Срок инвалидности, УОТ, УПТ, ИПР	ОЖБ және/немесе зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж-дығы туралы қорытындысы бойынша оңалту іс-шаралары Реабилитацион-ные мероприятия по ИПР и/или заключению о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе	Мүгедектік, ЖЕҚА дәрежесі, КЕҚА дәрежесі туралы анықтаманың, ОЖБ зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытындының нөмірі Номер справки об инвалидности, степени УОТ, степени УПТ, ИПР, заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе
9	10	11	12	13	14

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бас мамандар _____ (_____)
Главные специалисты (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол олған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____ (_____)
_____ (_____)
_____ (_____)

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
11-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің департаменті _____ бойынша
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по_____

МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің
медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу
хаттамалар журналы
(Хаттамалар Мүгедектерді есепке алу жүйесі деректерінің
орталықтандырылған банкінің «Online» режимінде қалыптастырылады)

Журнал протоколов
проведения медико-социальной экспертизы
отдела методологии и контроля МСЭ
(Протокола формируются в «Online» режиме
Централизованного банка данных системы учета инвалидов)

20 __ жылғы «___» _____ басталды (начат)
20 __ жылғы «___» _____ аяқталды (закончен)

Күнделікті хаттамалар куәландырылатын адамның Мүгедектерді есепке алу жүйесі деректерінің орталықтандырылған банкінің «Online» режимінде енгізілген деректері бойынша қалыптастырылады.

Күнделікті хаттамалар жұмыс күнінің соңында «Online» режимінде басылып шығарылады, хаттамаға нөмір қойылады, сараптамалық қорытындыны шығаруға қатысқан МӘС әдіснама және бақылау бөлімі басшысының, бас мамандардың қолы қойылады және мөртаңбамен расталады.

Әр күнтізбелік айдың соңында хаттамалардың ай сайынғы журналдары қалыптастырылады: ағымдағы айға күнделікті хаттамалардың барлық парақтары хронологиялық тәртіпте нөмірленеді, тігіледі, мөртаңбамен және МӘС әдіснама және бақылау бөлімі бассшысының қолымен бекітіледі.

Үлгі

Н-мірленген және тігілген
Пронумеровано и прошнуровано
_____бет/листа(-ов)
(жазбаша/прописью)

МӘС ӘБ бөлімінің басшысы
Руководитель отдела МК МСЭ
_____
(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы /
фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)
20___ жылғы/год «___»_____
М.О./М.П.

Хаттамаларға енгізілген барлық түзетулер, өзгерістер, толықтырулар ескеріліп, мөртаңбамен және МӘС әдіснама және бақылау бөлімі басшысының қолымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

_____
(өңір / регион)

20___жылғы «____» _____№ _____ хаттама
Протокол № ____ от «____» _____20___года

№ №	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), туған күні Фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения	Тіркелген орны Место регистрации	Жұмыс орны, лауазымы Оқу орны Место работы, должность Место учебы	Куәландыру мақсаты (шағымдану, бақылау) Цель освидетельствования (обжалование, контроль)	МӘС бөлімінің № __ және де куәландырылған күні №__ отдела МСЭ и дата освидетельствования	Мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, ЖЕҚА дәрежесі мен мерзімі, КЕҚА дәрежесі, себебі, мерзімі. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағының (анықтамасының) ұзақтығы Группа, причина, срок инвалидности, степень и срок УОТ, степень, причина, срок УПТ. Продолжительность листа (справки) временной нетрудоспособности
1	2	3	4	5	6	7

Клиникалық-сараптамалық диагнозы Клинико-экспертный диагноз	Қорытындысы мен ұсынымдары Заключение и рекомендации
8	9

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бас мамандар _____ (_____)
Главные специалисты (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____ (_____)
_____ (_____)

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
12-қосымша

Нысан

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Мүгедектік туралы анықтама
Справка об инвалидности
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ жылғы «___»_____ _____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Мүгедектік тобы_____
Группа инвалидности
Мүгедектік себебі _____
Причина инвалидности
Белгіленген күні 20____жылғы «____» _____ Мерзімі 20___жылғы «____» _____ бастап есептелді
Дата установления Срок зачтен с
Мүгедектік 20____жылғы «____»_____ дейінгі мерзімге белгіленген
Инвалидность установлена на срок до
Қайта куәландыру күні 20____жылғы «_____»_____
Дата переосвидетельствования
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

_____
(қию сызығы)

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Мүгедектік туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірме
Выписка из справки об инвалидности и акта медико-социальной экспертизы
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні жылғы «___»_____ _____ Мекенжайы _____ Дата
рождения Адрес
Мүгедектік тобы_____
Группа инвалидности
Мүгедектік себебі _____
Причина инвалидности

Белгіленген күні 20___жылғы «____» _____ Мерзімі 20___жылғы «____» _____ бастап есептелді
Дата установления Срок зачтен с
Мүгедектік 20____жылғы «____»_____ дейінгі мерзімге белгіленген
Инвалидность установлена на срок до
Қайта куәландыру күні 20____жылғы «_____»_____
Дата переосвидетельствования
Негізгі диагнозы: _____
Основной диагноз: _____
_____
_____
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
13-қосымша

Нысан

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
Справка о степени утраты общей трудоспособности
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ жылғы «___»_____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын құжат 20 ___жылғы «____» _____ № __
Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного социального страхования
Пайызбен белгіленген жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі: ____ % _____
Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности (жазбаша / прописью)
Белгіленген күні 20__ жылғы «___»_____ Мерзімі 20____ жылғы «____» _____ бастап есептелді
Дата установления Срок зачтен с
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__жылғы «____» _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің себебі _____
Причина степени утраты общей трудоспособности
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы
М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата
_____
(қию сызығы)

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзінді көшірме
Выписка из справки о степени утраты общей трудоспособности
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ жылғы «___»_____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын құжат 20 ___жылғы «____» _____ № __
Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного социального страхования
Пайызбен белгіленген жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі: ____ % _____
Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности (жазбаша / прописью)
Белгіленген күні 20__ жылғы «___»_____ Мерзімі 20____ жылғы «____» _____ бастап есептелді

Дата установления Срок зачтен с
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__жылғы «____» _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің себебі _____
Причина степени утраты общей трудоспособности
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы
М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
14-қосымша
Нысан

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
Справка о степени утраты профессиональной трудоспособности
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____жылғы «___»_____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Жазатайым оқиға туралы акті 20__ жылғы «___»_____ № ____ _____
Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)
Негізгі диагноз : _____
Основной диагноз:
_____
_____
Ілеспелі аурулардың диагнозы : _____
Диагноз сопутствующих заболеваний

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ ___%_____ пайызда белгіленді
Установлена в процентах степень (первично/алғаш рет/повторно/қайтадан) (жазбаша/прописью)
утраты профессиональной трудоспособности

Белгіленген күні 20__ жылғы «___» _____ Мерзімі 20____ жылғы «____» _____ бастап есептелді
Дата установления Срок зачтен с
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20___ жылғы «____» _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до
Қайта куәландыру күні 20____жылғы «____» _____
Дата переосвидетельствования
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

_____
(қию сызығы)

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан
және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірме
Выписка из справки о степени утраты профессиональнойтрудоспособности
и акта медико-социальной экспертизы
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ жылғы «___»_____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Жазатайым оқиға туралы акті 20__ жылғы «___»_____№_____
Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы / полное наименование работодателя)
Негізгі диагноз : _____
Основной диагноз:
_____
_____
Ілеспелі аурулардың диагнозы : _____
Диагноз сопутствующих заболеваний
_____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ ___%_____ пайызда белгіленді
Установлена в процентах степень (первично/алғаш рет/повторно/қайтадан) (жазбаша/прописью)
утраты профессиональной трудоспособности

Белгіленген күні 20__ жылғы «___» _____ Мерзімі 20____ жылғы «____» _____ бастап есептелді
Дата установления Срок зачтен с
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__жылғы «___» _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до
Қайта куәландыру күні 20____жылғы «____» _____
Дата переосвидетельствования
Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын құжат 20 ___жылғы «____» _____ .№ ___
Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного социального страхования

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ ___%_____ пайызда белгіленді
Установлена в процентах степень (первично/алғаш рет/повторно/қайтадан) (жазбаша/прописью)
утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20__ жылғы «___» _____ Мерзімі 20____ жылғы «____» _____ бастап есептелді
Дата установления Срок зачтен с
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20___жылғы «____» _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің себебі _____
Причина степени утраты общей трудоспособности
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
15-қосымша

Нысан

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды
Заключение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ жылғы «___»_____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі ____% себебі _____
Степень утраты профессиональной трудоспособности причина
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__жылғы «___» _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до
Жазатайым оқиға туралы акті 20__ жылғы «___»_____№___ _____
Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)
Диагнозы: _____
Диагноз: _____
_____
_____
Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж _____
Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

_____
(кесу сызығы)

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды
Заключение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе
серия №

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ жылғы «___»_____ Мекенжайы _____
Дата рождения Адрес
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі ____% себебі _____
Степень утраты профессиональной трудоспособности причина
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__жылғы «_»__ _____ дейінгі мерзімге белгіленген
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до
Жазатайым оқиға туралы акті «___»_____20__ жылғы №___ _____
Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)
Диагнозы: _____
Диагноз: _____
_____
_____

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж _____
Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
16-қосымша

Нысан

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Толық оңалтылуы туралы хабарлама
Извещение о полной реабилитации

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ _____ топтағы мүгедек
Дата рождения Инвалид _____ группы
Мекенжайы _____
Адрес
___медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20___ жылғы «___» _____ қайта куәландырудан өтті,
Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе _____,
Мүгедек деп танылған жоқ.
Инвалидом не признан (а).
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

_____
(кесу сызығы / линия отреза)

_____
(уәкілетті орган / уполномоченный орган)
_____
(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Толық оңалтылуы туралы хабарлама
Извещение о полной реабилитации

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні _____ _____ топтағы мүгедек
Дата рождения Инвалид _____ группы
Мекенжайы _____
Адрес
_____медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20___ жылғы «___» _____ қайта куәландырудан өтті,
Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе _____
Мүгедек деп танылған жоқ.
Инвалидом не признан (а).
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы_____ (_____)
М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20____жылғы «____» _____
Дата

Медициналық-әлеуметтік
сараптама жүргізу қағидаларына
17-қосымша

Мүгедектерді жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету үшін берілетін медициналық көрсетілімдердің тізбесі

1. Бөлмеде жүріп-тұруға арналған кресло-арбамен қамтамасыз ететін медициналық көрсетілімдер:

1) қан айналымының III дәрежедегі созылмалы жеткіліксіздігі;

2) өкпе-жүрек жеткіліксіздігінің III дәрежесі;

3) гемиплегия, гемипарездің едәуір немесе айқын білінетін айқындалған түрі;

4) параплегия, төменгі парапарездің айқындалған түрі;

5) триплегия, трипарездің айқындалған түрі;

6) тетраплегия, тетрапарездің айқындалған түрі;

7) айқын білінетін атаксия, гиперкинетикалық амиостатикалық синдром;

8) екі балтыр тұқылы немесе келтенің одан да жоғары деңгейлері;

9) аяқ буындары функцияларының IV дәрежеде бұзылуы;

10) аяқтардың туа біткен кемістігінен жүріп-тұрудың айқын білінетін бұзылуы;

11) паркинсонизм, акинеттік-регидті түрі.

2. Серуендеуге арналған кресло-арбамен қамтамасыз етілетін медициналық көрсетілімдер:

1) гемиплегия, гемипарездің айқын білінетін түрі;

2) параплегия, төменгі парапарездің айқын білінетін түрі;

3) триплегия, трипарездің айқын білінетін түрі;

4) тетраплегия, тетрапарездің айқын білінетін түрі;

5) екі балтыр тұқылы немесе келтенің одан да жоғары деңгейлері;

6) аяқ буындары функцияларының IV дәрежеде бұзылуы;

7) аяқтардың туа біткен даму кемістігінен жүріп-тұрудың айқын білінетін бұзылуы;

8) қан айналымының III дәрежедегі созылмалы жеткіліксіздігі.

3. Еңбек жарақаты немесе кәсіптік ауру зардабы бар мүгедектерді арнайы автокөлікпен қамтамасыз ететін медициналық көрсетілімдер:

1) бір аяқтың сал болуы немесе өте айқын білінетін парезі;

2) параплегия, аяқ парапарезінің айқын білінетін түрі;

3) гемиплегия, гемипарездің айқын білінетін түрі;

4) аяқтардың тромбо-облитерация ауруларының күре тамырларының созылмалы жеткіліксіздігінің III-IV дәрежесі;

5) аяқтардың көк тамыр ауруларының созылмалы жеткіліксіздігінің III-IV дәрежесі;

6) бір аяқтың немесе екі бірдей аяқтың кемінде 2 ірі буынының қозғалмай шор болып немесе қолайсыз бітуі;

7) Шарп әдісі бойынша екі табанның бірдей келтелілігі (табан сүйектерінің басын кесіп тастау) және екі табанның одан да жоғарырақ келте болуы;

8) аяқтың балтырдан келте болуы және аяқтың одан да жоғары кесілуі;

9) жамбас пен сан буындардың кейіннен шығып кетуі;

10) жамбас пен санның немесе тізенің жансыз болып қалған буындары;

11) жамбас пен сан буындарының шор болып бітуі немесе айқын білінетін қолайсыз бітуі (қозғалу көлемі 10 градустан кем);

12) тізе буынының 150 градустан кем және 170 градустан артық шор болып бітуі немесе айқын білінетін функционалды қолайсыз болып бітуі;

13) екі аяқтың да сирақ буындарының шор болып қатып қалуы немесе айқын білінетін қолайсыз болып бітуі;

14) екі сан немесе екі балтыр сүйектерінің 170 градустан кем дұрыс бітпеген сынықтары;

15) аяқтардың 2 және одан да көп ірі сүйектерінің созылмалы жыланкөзбен іріндеп-қабынуы (2 жылдан астам), жарықшақтанып шіруі, терең жара болуы;

16) екі сан немесе екі балтыр сүйектерінің 170 градустан кем болып дұрыс бітпеген жалған буындары немесе ірі сүйек (сүйек аумағының жартысынан астамының көлденеңінен немесе шетінен бұзылуы бар) кемістігі немесе балтыр жілігінің ақауы;

17) бір аяқтың 10 сантиметрге және одан да көбірек қысқаруы;

18) жарақаттанудың салдарынан ұзақ уақыт бойы жазылмайтын (6 айдан астам) немесе жиі қайталанатын балтырдағы алаңы 20 шаршы сантиметр (бұдан әрі – ш. см), табанның үстіңгі жағындағы алаңы 10 ш. см, табандағы кемінде алаңы 2 ш. см және одан да көп көлемдегі трофикалық жаралар;

19) омыртқа сүйектерінің айқын білінетін бұзылуы бар IV дәрежедегі қисаюы.