

Об утверждении Положения о медико-социальных экспертных комиссиях

Утративший силу

Постановление Кабинета Министров Республики Казахстан от 2 июля 1992 г. N 571. Утратило силу - постановлением Правительства РК от 24 августа 2000 г. N 1298 ~P001298

Кабинет Министров Республики Казахстан постановляет:

1. Утвердить согласованное с Советом федерации профессиональных союзов Республики Казахстан Положение о медико-социальных экспертных комиссиях (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

постановление Совета Министров Казахской ССР и Казахского республиканского Совета профессиональных союзов от 18 марта 1985 г. N 97 "Об утверждении Положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях" (СП КазССР, 1985 г., N 9, ст. 20);

постановление Совета Министров Казахской ССР и Казахского республиканского Совета профессиональных союзов от 13 декабря 1989 г. N 393 "О внесении изменений в Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях" (СП КазССР, 1990 г., N 3, ст. 10);

пункт 1 постановления Кабинета Министров Казахской ССР от 25 ноября 1991 г. N 722 "Об изменении и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Казахской ССР в связи с Законом Казахской ССР "О социальной защищенности инвалидов в Казахской ССР".

Премьер-министр
Республики Казахстан

Утверждено
постановлением Кабинета Министров
Республики Казахстан
от 2 июля 1992 г. N 571

П О Л О Ж Е Н И Е

о медико-социальных экспертных комиссиях

I. Общие положения

1. Медико-социальные экспертные комиссии (МСЭК) в соответствии с Законом Казахской ССР "О социальной защищенности инвалидов в Казахской ССР" проводят определение степени ограничения жизнедеятельности граждан.

Медико-социальные экспертные комиссии находятся в ведении Министерства социальной защиты населения Республики Казахстан, которое руководит их деятельностью через управления социальной защиты населения.

Руководство комиссиями на региональном уровне осуществляет местная администрация (по подчиненности комиссий), которая принимает меры к совершенствованию работы комиссий, их правильному размещению, укреплению материальной базы, обеспечению автотранспортом, координирует и контролирует деятельность всех предприятий, учреждений, организаций по предупреждению инвалидности.

Медико-социальные экспертные комиссии проводят свою работу по территориальному принципу:

республиканская комиссия

областные, Алма-Атинская центральная городская комиссии

районные, межрайонные, городские, районные в городах комиссии

первичное звено

2. Основными задачами медико-социальных экспертных комиссий являются: определение степени ограничения жизнедеятельности человека, в том числе состояния трудоспособности, установления наличия степени тяжести (группы) и причины инвалидности;

определение нуждаемости инвалида в различных видах медико-социальной помощи, направленных на облегчение последствий нарушения здоровья и обеспечения полноценной жизнедеятельности инвалида;

определение мер по медико-социальной реабилитации и реадаптации инвалида (разработка индивидуальной программы реабилитации) и контроль за их выполнением;

оценка состояния здоровья населения, прогнозирование динамики первичной инвалидности, определение потребности контингента инвалидов в медико-социальной помощи, ее удовлетворении, изучение состояния реабилитации;

изучение совместно с органами здравоохранения, администрацией предприятий, профсоюзными организациями медико-социальных причин инвалидности и разработка мероприятий по профилактике инвалидности и медико-социальной реабилитации инвалидов;

участие в разработке всех программ, связанных с инвалидностью, активное содействие законным правам инвалидов.

3. В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности человека инвалидность подразделяется на три группы.

Причинами инвалидности являются: общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, для военнослужащих -

ранение, контузия, увечье, полученное при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военной службы; заболевание связанное с пребыванием на фронте; увечье, полученное в результате несчастного случая, не связанное с исполнением военной службы; заболевание, не связанное с пребыванием на фронте; а в специально предусмотренных законодательством случаях - заболевание, полученное при исполнении обязанностей воинской службы. Законодательством Республики Казахстан могут быть установлены и другие причины инвалидности.

Медико-социальные экспертные комиссии при установлении инвалидности руководствуются Основными критериями определения инвалидности и медицинских показаний для обеспечения техническими или иными средствами передвижения, утвержденными постановлением Кабинета Министров Республики Казахстан от 16 июня 1992 г. N 531.

4. Заключение медико-социальных экспертных комиссий об условиях, характере труда инвалидов являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций.

5. Медико-социальные экспертные комиссии в своей работе руководствуются законами Республики Казахстан, иными решениями Верховного Совета Республики Казахстан и его Президиума, постановлениями и распоряжениями Кабинета Министров Республики Казахстан, другими нормативными актами, а также настоящим Положением.

6. Медико-социальные экспертные комиссии проводят работу на базе лечебно-профилактических учреждений, которые предоставляют комиссиям помещения, медицинское оборудование и инвентарь, необходимые для проведения экспертизы больных и хранения документов.

В отдельных случаях комиссии могут размещаться в помещениях, предоставляемых местной администрацией.

Расходы на содержание медико-социальных экспертных комиссий производятся за счет ассигнований, предусматриваемых в бюджетах республиканском, областных, городов Алма-Аты и Ленинска.

7. Медико-социальные экспертные комиссии имеют штамп и печать.

II. Организация и состав медико-социальных экспертных комиссий

8. Медико-социальные экспертные комиссии образуются, реорганизуются и ликвидируются главами областных, Алма-Атинской и Ленинской городских администраций по согласованию с Министерством социальной защиты населения Республики Казахстан.

9. Формирование сети медико-социальных экспертных комиссий проводится с

учетом численности взрослого населения.

Районные, межрайонные, городские, районные в городах медико-социальные экспертные комиссии создаются из расчета одна комиссия на 100 тыс. взрослого населения (в возрасте 16 лет и старше).

Комиссии специализированного профиля создаются в пределах общего числа комиссий.

Областные и Алма-Атинская центральная городская комиссии образуются из одного или нескольких составов в зависимости от числа районных, межрайонных, городских, районных в городах комиссий.

Эти комиссии образуются из расчета один состав на 5 районных, межрайонных, городских, районных в городах комиссий.

В областях, городах республиканского подчинения, где менее 5 районных, межрайонных, городских, районных в городах комиссий, создается один состав комиссии.

10. В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются следующие экспертные комиссии:

комиссии общего профиля;

комиссии специализированного профиля для освидетельствования больных туберкулезом, лиц с психическими расстройствами.

11. Районные, межрайонные, городские, районные в городах медико-социальные экспертные комиссии общего профиля включают 4 врачей-экспертов (терапевт, невропатолог, хирург, реабилитолог).

В комиссию специализированного профиля входят 2 врача, специальности которых соответствуют профилю комиссий, и терапевт или невропатолог, реабилитолог.

12. Каждый состав областной, Алма-Атинской центральной городской медико-социальной экспертной комиссии образуется из 4 врачей-экспертов (терапевт, невропатолог, хирург, реабилитолог).

Для решения медицинских, правовых и других вопросов в отдельных случаях привлекаются консультанты (психолог, юрист и другие специалисты) с почасовой оплатой труда.

13. В комиссиях предусматриваются должности старшей медицинской сестры, медицинского регистратора, а в комиссиях, размещенных не на базе лечебно-профилактических учреждений, - дополнительно должности уборщика служебных помещений и гардеробщика по нормам, установленным типовыми штатами хозяйственно-обслуживающего персонала учреждений здравоохранения, предусмотренными для поликлиник; при создании автоматизированной системы управления (АСУ) в состав комиссий вводится программист или оператор; при наличии специального автомобиля - должность шофера.

В комиссиях с неполной нагрузкой предусматривается только должность медицинского регистратора.

14. Председателем медико-социальной экспертной комиссии назначается один из входящих в нее врачей. Председатель комиссии организует ее работу, обеспечивает качественное проведение медико-социальной экспертизы и несет персональную ответственность за деятельность комиссии.

Председатель и врачи - члены комиссии с полной нагрузкой состоят на основной работе в этих комиссиях.

Председатель, члены (врачи) комиссий, средний и младший медицинский, а также обслуживающий персонал комиссий назначаются и освобождаются от должности управлениями, отделами социальной защиты населения.

15. Для общего руководства медико-социальной экспертизой в области и городе Алма-Ате при наличии 5 и более составов соответствующих комиссий назначается главный эксперт по медико-социальной экспертизе. При наличии менее 5 составов комиссий обязанности главного эксперта возлагаются на председателя одного из составов комиссии.

Председатель Республиканской МСЭК является главным экспертом по медико-социальной экспертизе Республики Казахстан. Главные эксперты утверждаются коллегией Министерства социальной защиты населения Республики Казахстан.

16. Каждый больной, направленный на комиссию, представляется лечащим врачом или представителем лечебного учреждения, отвечающим за экспертизу. Для решения социальных вопросов привлекаются представители администрации, профсоюзных комитетов предприятий, организаций, учреждений, где работает больной, общества инвалидов, военных комиссариатов, центров социального обслуживания и др.

III. Обязанности и права медико-социальных экспертных комиссий

17. На межрайонные, районные, городские, районные в городах медико-социальные экспертные комиссии возлагается:

установление степени ограничения жизнедеятельности человека, в том числе состояния трудоспособности, группы, причины и времени наступления инвалидности, а также степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) рабочим, служащим и членам колхозов, получившим увечье или иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей;

определение нуждаемости инвалидов в необходимых видах социальной помощи, направленной на облегчение последствий нарушения здоровья (замещение утраченных функций: протезирование, спецтранспорт, рабочие

приспособления, бытовые вспомогательные средства и др.);

определение мер по медико-социальной реабилитации больных и инвалидов и разработка совместно с врачами лечебно-профилактических учреждений индивидуальных программ реабилитации инвалидов, этапность в проведении реабилитационных мероприятий;

изучение уровня и динамики инвалидности по возрасту, полу, группам, причинам инвалидности, отдельным классам болезней, промышленным предприятиям, территориальному признаку;

комплексное изучение медико-социальных причин инвалидности совместно с органами здравоохранения, представителями промышленных предприятий, профсоюзными органами;

изучение результатов переосвидетельствования инвалидов с целью выявления эффективности результатов реабилитационных мероприятий, определение состояния реабилитации, стабильности, утяжеления инвалидности по половозрастному составу, группам и причинам инвалидности, классам болезней;

продление сроков временной нетрудоспособности на период восстановительного лечения как являющееся одной из действенных мер по предупреждению инвалидности;

изучение совместно с лечебно-профилактическими учреждениями состояния диспансеризации больных, преимущественно из групп часто и длительно болеющих (ЧДБ) и групп риска "стать инвалидом", а также инвалидов; оказание консультативной помощи врачам ЛПУ в вопросах медико-социальной реабилитации указанного контингента;

изучение совместно с органами здравоохранения, СЭС, администрацией предприятий, профсоюзными организациями условий труда на предприятиях с целью выявления факторов неблагоприятно влияющих на здоровье и трудоспособность работающих, а также определение условий и видов труда, работ и профессий, доступных лицам с ослабленным здоровьем и инвалидам;

участие в формировании и реализации целевых комплексных программ по охране общественного здоровья, профилактике инвалидности, реабилитации лиц с ограниченным уровнем жизнедеятельности, по социальной защищенности инвалидов;

проведение конференций, совещаний, семинаров по различным вопросам профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации инвалидов совместно с органами здравоохранения, профсоюзными и другими общественными организациями;

подготовка материалов о состоянии инвалидности, ее причинах, мерах по медико-социальной реабилитации для информации местной администрации, органов здравоохранения, администрации предприятий, профсоюзных органов и

широкой общественности;

общественно-просветительская деятельность с привлечением как инвалидов, так и разных категорий здорового населения, государственных и общественных организаций для содействия профилактике инвалидности, реабилитации и интеграции инвалидов, создания им равных возможностей для полноценной жизнедеятельности.

18. Областные, Алма-Атинская центральная городская медико-социальные экспертные комиссии:

осуществляют организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью районных, межрайонных, городских комиссий, проверяют их решения и в случае необоснованности изменяют их;

переосвидетельствуют лиц, обжаловавших решения комиссий первичного звена;

проводят в сложных случаях освидетельствование больных и инвалидов по направлениям районных, межрайонных, городских комиссий;

оказывают консультативную помощь врачам медико-социальных комиссий по различным вопросам медико-социальной экспертизы;

внедряют в практику работы медико-социальной службы научные принципы и методы экспертизы, разработанные научно-исследовательскими институтами, подготавливают предложения по совершенствованию медико-социальной экспертизы, обобщают и распространяют передовой опыт работы комиссий;

разрабатывают комплексные планы мероприятий по профилактике и снижению инвалидности, медико-социальной реабилитации совместно с территориальными исполнительными органами;

вносят предложения в соответствующие органы по правовым, организационным и специальным вопросам, касающимся проблем инвалидности;

анализируют уровень и динамику инвалидности, состояние медико-социальной реабилитации в республике (области, городе);

принимают меры к повышению квалификации работников медико-социальной службы.

19. Республиканская медико-социальная экспертная комиссия:

осуществляет организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью медико-социальной экспертизы в республике;

проводит переосвидетельствование лиц, обжаловавших решения областных, Алма-Атинской центральной городской комиссии;

оказывает консультативную помощь медико-социальным комиссиям в сложных случаях;

изучает причины обращений граждан в вышестоящие инстанции по вопросам

медико-социальной экспертизы и разрабатывает предложения по их устранению;

изучает уровень, динамику и причины инвалидности, состояние медико-социальной реабилитации, анализирует, обобщает их, вносит предложения в законодательные и исполнительные органы по вопросам инвалидности.

20. Медико-социальные экспертные комиссии имеют право:

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

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

посещать в установленном порядке предприятия, учреждения и организации, независимо от форм собственности, осматривать места производства работ, производственные и служебные помещения;

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

принимать активное участие в контроле за улучшением социального положения инвалида и получением им социальных льгот;

предоставлять материалы в советские и правоохранительные органы для административного и экономического воздействия на должностных лиц предприятий, организаций, ущемляющих права инвалидов, не выполняющих индивидуальные программы реабилитации, в том числе рекомендованный характер трудоустройства.

IV. Порядок освидетельствования граждан в медико-социальных экспертных комиссиях

21. Освидетельствованию медико-социальной экспертизой подлежат лица, у которых имеются ограничения в жизнедеятельности вследствие заболеваний, последствий травм или врожденных дефектов, когда законодательство связывает с установлением инвалидности предоставление прав на социальную помощь, компенсацию утраченного заработка, либо освобождает от выполнения соответствующих обязанностей, и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством.

22. Освидетельствование граждан проводится по месту жительства или по месту лечения по направлению соответствующего лечебно-профилактического учреждения при предъявлении паспорта или документа, заменяющего его.

Медико-социальная экспертиза должна осуществляться после проведения полного всестороннего медицинского обследования, проведения необходимых функциональных исследований, соответствующего восстановительного лечения, мероприятий по медицинской, психологической, социально-трудовой реабилитации, при наличии исчерпывающих данных, подтверждающих стойкий или необратимый характер заболевания.

Форма направления на освидетельствование в комиссию утверждается Министерством здравоохранения Республики Казахстан по согласованию с Министерством социальной защиты Республики Казахстан.

23. Ответственность за качество медицинского обследования, своевременность и обоснованность направления граждан на медико-социальную экспертизу возлагается на руководителя лечебно-профилактического учреждения

24. Медико-социальные экспертные комиссии проводят заседания по освидетельствованию больных и инвалидов в полном составе и принимают решение после коллегиального обсуждения результатов освидетельствования. Данные экспертного освидетельствования и решение заносятся в акт освидетельствования и протокол заседания, которые подписываются председателем, остальными членами комиссии и заверяются печатью.

25. Если председатель или отдельные члены комиссии не согласны с принимаемым решением, то в акт освидетельствования заносится их особое мнение, и акт в 3-дневный срок направляется в республиканскую, областную, Алма-Атинскую центральную городскую комиссию, которая принимает решение по данному вопросу.

26. Решения областных, Алма-Атинской центральной городской комиссий, в том числе при переосвидетельствовании в сложных случаях, в порядке контроля или обжалования и в других случаях принимаются большинством голосов членов комиссии.

При равенстве голосов голос председателя является решающим.

Член комиссии, не согласный с принятым решением, излагает свое особое мнение в письменном виде, которое приобщается к делу. По настоянию несогласного с принятым решением члена комиссии акт освидетельствования направляется на республиканскую медико-социальную экспертизу, которая принимает окончательное решение.

27. Если больной по состоянию здоровья согласно заключению лечебно-профилактического учреждения не может явиться в медико-социальную экспертную комиссию, освидетельствование проводится на дому или в стационаре, где он находится на лечении.

28. Датой установления инвалидности считается день поступления в

медико-социальную экспертную комиссию документов, необходимых для освидетельствования больного.

Группа инвалидности и дата ее установления отмечаются в больничном листе (листе нетрудоспособности) или в справке, удостоверяющей временную нетрудоспособность, в тех случаях, когда больничный лист не выдается.

29. Медико-социальные экспертные комиссии выдают лицам, проходящим освидетельствование, соответствующие документы (справки о группе инвалидности, средствах передвижения, процентах утраты трудоспособности, дополнительных видах помощи, индивидуальную реабилитационную программу) и в 3-дневный срок направляют в органы, назначившие пенсию и осуществляющие социальную помощь и медико-социальную реабилитацию, а также соответствующим организациям, предприятиям выписку из акта освидетельствования о принятом решении.

Формы документов, используемых в работе комиссий, утверждаются Министерством социальной защиты населения Республики Казахстан с соблюдением установленных стандартов. Обеспечение комиссий бланками документов производится Министерством социальной защиты населения Республики Казахстан или в порядке, определяемом им.

30. Лица, виновные в вынесении умышленно неправильного решения, незаконной выдаче документов об инвалидности несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

V. Сроки переосвидетельствования и порядок обжалования решений медико-социальных экспертных комиссий

31. Переосвидетельствование инвалидов при нестойких, обратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма в целях наблюдения за эффективностью восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий, состоянием здоровья и степенью социальной адаптации проводится через 1 - 2 года.

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

При стойких, необратимых морфологических изменениях и нарушениях функций органов и систем организма, невозможности улучшения течения заболевания и восстановления социальной адаптации вследствие неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий инвалидность устанавливается без указания срока переосвидетельствования после наблюдения медико-социальной экспертной комиссией за инвалидом I - II группы в течение 4 лет, а также мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам, у

которых срок переосвидетельствования наступает после достижения мужчинами 60 лет, женщинами 55 лет и в случаях, предусмотренных Основными критериями определения инвалидности и медицинских показаний для обеспечения техническими и иными средствами передвижения при необратимых хронических заболеваниях и анатомических дефектах.

Переосвидетельствование ранее указанных сроков, а также если инвалидность установлена без указания срока переосвидетельствования, проводится при изменении состояния здоровья и трудоспособности или при выявлении фактов необоснованного решения медико-социальной экспертной комиссии.

Переосвидетельствование инвалидов - мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет - проводится только по их заявлению, либо если решение медико-социальной экспертной комиссии вынесено на основании подложных документов.

32. При несогласии освидетельствуемого с решением районной, межрайонной, городской медико-социальной экспертной комиссии он в течение месяца имеет право подать об этом письменное заявление в областную, Алма-Атинскую центральную городскую медико-социальную экспертную комиссию, либо комиссию, в которой он проходил освидетельствование, или в соответствующий отдел социальной защиты населения. Комиссия, проводившая освидетельствование, или отдел социальной защиты населения в 3-дневный срок со дня получения заявления направляют все имеющиеся документы вместе с заявлением на рассмотрение областной, Алма-Атинской центральной городской медико-социальной экспертной комиссии, которая не позднее месяца со дня подачи заявления проводит переосвидетельствование больного и выносит решение по данному случаю.

33. Решение областной, Алма-Атинской центральной городской медико-социальной экспертной комиссии может быть обжаловано в Республиканскую медико-социальную экспертную комиссию или суд.