

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_  
Р.А. Часнойть

9 ноября 2007 г.

Регистрационный № 154-1106

**МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
ПОТЕРПЕВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПОСТОРОННЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
И ПОСТОРОННЕГО БЫТОВОГО УХОДА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Научно-исследовательский институт  
медико-социальной экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук Т.Т. Копать,  
канд. мед. наук И.Я. Чапко, канд. мед. наук Л.Г. Казак

Минск 2008

Инструкция по применению предназначена для определения пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве или имеющим профессиональные заболевания показаний для постороннего специального медицинского и постороннего бытового ухода.

Область применения: медико-социальная экспертиза больных, потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и при профессиональных заболеваниях.

Уровень внедрения: потребителями инструкции являются врачи медико-реабилитационных экспертных комиссий, реабилитационных отделений стационаров, амбулаторно-поликлинических организаций различных уровней (районные больницы, городские отделения реабилитации, специализированные республиканские центры), ВКК поликлиник, представительства «Белгосстрах».

## МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ И ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТЕРПЕВШИМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВИДОВ УХОДА

Определение нуждаемости потерпевших в дополнительных видах ухода базируется на изучении медицинских и экспертных документов, клинико-экспертном обследовании больного, включая оценку медико-биологических и социальных факторов. При этом уточняется характер последствий производственной травмы или заболевания, стадия и темп прогрессирования, эффективность реабилитационных мероприятий, выраженность нарушенных функций организма, степень компенсации утраченных функций. Обязателен учет характера и объема структурно-анатомических изменений, причиненных травмой, и их локализации.

Согласно «Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» одной из категорий жизнедеятельности является снижение способности ухаживать за собой, в т. ч. управлять физиологическими отправлениями, соблюдать личную гигиену: принимать ванну (в т. ч. трудности в умывании, мытье волос, чистке зубов, бритье); одеваться и обуваться, принимать пищу, подготавливаться к ее приему. Эта категория жизнедеятельности тесно связана с другими категориями: снижение способности действовать руками и владеть телом для решения повседневных бытовых задач.

В последней версии «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности» эта категория представлена как самообслуживание и включает: осуществление ухода за собой, мытье и вытирание, уход за своим телом и его частями, одевание, прием пищи и питье, заботу о своем здоровье, а также способность управлять физиологическими отправлениями, т.е. в Международном классификаторе способности к самообслуживанию или ухаживать за собой представлены несколько шире.

Параметрами для оценки способности к самообслуживанию являются: временные интервалы, через которые возникает нуждаемость в помощи; возможность планирования помощи, зависящая от характера удовлетворяемой потребности. Нуждаемость в помощи других лиц может быть: эпизодической (реже 1 раза в месяц), регулярной (несколько раз в месяц) или постоянной (несколько раз в неделю и чаще). Необходимость в постоянной помощи подразделяется на регулируемую и нерегулируемую.

*Регулируемые потребности* — это удовлетворение широкого круга повседневных бытовых потребностей, которые могут быть спланированы, например, покупка в магазине продуктов, приготовление пищи, уборка помещения, стирка, поддержание должной температуры в помещении, умение пользоваться бытовыми приборами и т.д. При различных нарушениях функций может возникнуть необходимость в посторонней помощи для удовлетворения этих регулируемых потребностей. Причем периодичность оказания посторонней помощи может варьировать от эпизодической (сезонная заготовка овощей, ремонт помещений) до постоянной (до 3–4 раз ежедневно).

*Нерегулируемые потребности* — это удовлетворение самых насущных проблем, таких как выполнение мероприятий личной гигиены (умывание, чистка зубов), перестилка постели, одевание, прием пищи, осуществление физиологических отпавлений, выполнение которых не поддается планированию, помощь в передвижении в пределах жилья (пересаживание с постели в кресло-коляску и др.). При полной невозможности самостоятельного удовлетворения нерегулируемых потребностей возникает необходимость в постоянном постороннем уходе или помощи других лиц 2 раза в сутки и более.

Оценка способности к самообслуживанию осуществлялась на основании опроса больного, сбора анамнеза родственников или третьих лиц, осуществляющих уход, данных объективного осмотра, динамического наблюдения за больным в процессе лечения и реабилитации.

Степень выраженности ограничений и характеристика самообслуживания по функциональным классам может быть представлена следующим образом:

ФК<sub>0</sub> — полная независимость от посторонних лиц;

ФК<sub>1</sub> — легкая физическая зависимость – нуждаемость в эпизодической помощи для удовлетворения регулируемых потребностей (1 раз в месяц и реже);

ФК<sub>2</sub> — умеренная физическая зависимость — нуждаемость в помощи для удовлетворения нескольких регулируемых потребностей с частотой 1 раз в неделю. Например, помощь при мытье в ванной, текущая уборка помещения и стирка, заготовка пищевых продуктов длительного хранения, необходимость использования технических средств и устройств, более сложная адаптация жилья (поручни, различные приспособления и т.д.);

ФК<sub>3</sub> — значительное нарушение физической независимости — необходимость помощи для удовлетворения многих регулируемых

потребностей с частотой 3–4 раза в неделю (покупка продуктов питания, медикаментов, периодическая стирка белья, уборка помещения, поддержание тепла в жилище, содействие в оказании медицинской помощи, осуществление защиты и наблюдения;

ФК<sub>4</sub> — резко выраженная или полная утрата физической независимости возникает при необходимости постоянной посторонней помощи для удовлетворения множества потребностей через короткие интервалы (3–4 раза в сутки), в т. ч. критические интервалы: приготовление пищи и постоянная помощь в ее приеме, постоянная помощь в передвижении в пределах жилья или в связи с необходимостью постоянного постороннего ухода для удовлетворения нерегулируемых потребностей: выполнение мероприятий личной гигиены (умывание и др.), одевание, кормление, осуществление физиологических отправлений при тазовых нарушениях.

Постоянная посторонняя помощь или уход (ФК<sub>4</sub>) определяется не только при полной невозможности самостоятельно удовлетворить все перечисленные потребности, но и при полной утрате любой из них, например, при невозможности передвигаться без посторонней помощи в пределах жилья или при неконтролируемых нарушениях физиологических отправлений (недержание мочи и кала).

Главными нарушениями у больных терапевтического профиля являются нарушения кардиореспираторной функции, относящиеся к разделу «Висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания» в «Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности». Указанные нарушения приводят к снижению способности к передвижению.

*Передвижение* — способность эффективно передвигаться в своем окружении. Способность к передвижению определяется состоянием и интегративной деятельностью многих органов и систем: костно-мышечной, суставной, нервной, кардиореспираторной, а также зрения, слуха, вестибулярного аппарата и др.

Основными параметрами оценки способности к передвижению считаются:

- расстояние, на которое больной может передвигаться;
- темп передвижения и характер походки;
- возможность использования вспомогательных средств для компенсации нарушений передвижения;
- необходимость посторонней помощи при передвижении;
- возможность использования транспорта.

Общепризнанными критериями оценки ходьбы являются биомеханические показатели, отражающие пространственную (длина шага, ширина шага, разворот стоп), временную (темп ходьбы, количество шагов при ходьбе 100 м, длительность двойного шага, длительность опоры конечности, длительность периода переноса конечности, коэффициент симметрии периодов правого и левого шагов) ходьбу и кинематические

(осциллографическая картина цикла двойного шага, отраженная в виде временных и угловых перемещений) характеристики.

В медицинской практике используется комплекс трех биомеханических показателей: темп ходьбы, количество шагов при ходьбе 100 м, длительность двойного шага, позволяющих достаточно информативно оценить ходьбу.

*Темп ходьбы* — количество шагов в единицу времени (мин).

*Длительность двойного шага* — комплексный показатель, отражающий пространственно-временные характеристики ходьбы и интегрирующий длину шага и темп ходьбы.

Темп ходьбы у здоровых лиц составляет 70–90 шагов в минуту; количество шагов при ходьбе 100 м — 140–180; длительность двойного шага — 1,0–1,3 с.

Использование биомеханических показателей позволяет объективно оценить способность к передвижению.

В практике медико-социальной экспертизы используется оценка степени выраженности ограничения передвижения по функциональным классам.

*ФК 1 (легкое ограничение передвижения)* — сохранена возможность передвижения на большие (неограниченные) расстояния при некотором замедлении темпа ходьбы, небольшом изменении походки: темп ходьбы — 60–75 шагов в мин; 140–160 шагов при ходьбе 100 м; длительность двойного шага — 1,4–1,6 с.

Независимость в повседневной жизни сохранена.

*ФК 2 (умеренное ограничение передвижения)* — ограничение расстояния передвижения районом проживания (до 1,5–2 км), медленный темп ходьбы, явное изменение походки, необходимость использования простых вспомогательных средств, ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице — с помощью. Темп ходьбы — 55–60 шагов в мин; 165–190 шагов при ходьбе 100 м; длительность двойного шага — 1,7–2,3 с.

Частичная зависимость от окружающих в повседневной жизни. Необходимость эпизодической помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких регулируемых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных потребностей.

*ФК 3 (выраженное ограничение передвижения)* — передвижение только в пределах ближайшего соседства (до 0,5 км), резкое изменение походки, темпа ходьбы, необходимость использования более сложных вспомогательных средств передвижения (костыли, ходунки) или кресла-коляски.

Общественным транспортом без содействия посторонних лиц пользоваться невозможно, использование личного транспорта затруднено, в ряде случаев невозможно.

Темп ходьбы — 35–50 шагов в мин; 200–220 шагов при ходьбе 100 м; длительность двойного шага — 2,0–3,0 с.

Значительная зависимость от окружающих в повседневной жизни, значительные ограничения в выполнении домашних обязанностей или

полная неспособность к ним; необходимость систематической помощи других лиц через длительные интервалы (1 раз в сутки и реже в удовлетворении нескольких или многих регулируемых потребностей).

*ФК 4 (резко выраженное ограничение передвижения)* — полная утрата передвижения или резкое его ограничение пределами жилья, кресла или постели; ходьба по комнате при специальном обустройстве жилья поручнями или с помощью костылей, когда возможен лишь двухтактный характер биомеханики ходьбы.

Темп ходьбы — менее 30 шагов в мин или больной не передвигается; другие показатели не оцениваются.

Полная зависимость от окружающих в повседневной жизни.

Снижение способности к передвижению, начиная с ФК 3, дополнительно влечет за собой снижение способности к ведению независимого существования (например, выход в магазин) и выполнению повседневных домашних дел (уборка, стирка и т. д.), что в конечном итоге и является основной составляющей при определении потребности больного в постороннем бытовом уходе.

Для объективизации способности к самообслуживанию (ухода за собой) целесообразно применять апробированные и используемые в практике медико-социальной экспертизы тестовые методики, позволяющие оценить независимость больного от посторонней помощи в повседневной жизни. Они позволяют проводить определение способности к самообслуживанию в следующих возрастающих степенях:

- оценка независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни (при осуществлении элементарных навыков самообслуживания);

- анализ возможности пользоваться предметами обихода (помимо осуществления элементарных навыков самообслуживания) с целью расширения активности повседневной жизни;

- многоаспектная оценка, совмещающая измерение повседневной бытовой активности и социально-ролевых ограничений;

- измерение отдельных функциональных нарушений (использование функции кисти по схвату и удержанию предметов, возможность поддержания равновесия, ходьбы) в плане выполнения широкого спектра повседневных бытовых задач.

Дополнительными критериями для оценки способности к передвижению служат показатели тестирования, в частности ходьбы, с регистрацией времени и расстояния отметкой об использовании вспомогательных средств.

Предлагаемая методика оценки степени выраженности способности к самообслуживанию и передвижению позволяет объективизировать потребность потерпевших в дополнительных видах ухода.

Анализ нормативно-правовой базы и уточнение терминологии по дополнительным видам ухода позволяет конкретизировать перечень патологических состояний для определения медико-реабилитационными

экспертными комиссиями потребности потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в постороннем специальном медицинском и постороннем бытовом уходе.

*Специальный медицинский уход* — это комплекс специальных медицинских манипуляций и санитарных процедур у больных со значительно ограниченной физической независимостью в объеме функциональных обязанностей младшей медицинской сестры.

Специальный медицинский уход включает: уход за полостью рта (орошение, аппликации дезинфицирующих растворов), газоотведение, катетеризацию мочевого пузыря, клизму очистительную, бужирование мочевого канала, подачу кислорода из кислородной подушки, дезинфекцию предметов ухода и инвентаря, профилактику пролежней, перевязку пролежней, промывание мочевого пузыря.

*Посторонний бытовой уход* — это комплекс специальных гигиенических и бытовых мероприятий у больных, не способных осуществлять самообслуживание, либо у лиц со значительно ограниченной физической независимостью.

Посторонний бытовой уход на дому является мерой социально-бытовой адаптации и предполагает в зависимости от состояния больного различные по содержанию виды постороннего бытового ухода:

– постоянный посторонний бытовой уход на дому — мера замещения или компенсации *элементарных навыков самообслуживания*. Осуществляется членами семьи либо медицинской сестрой по уходу и включает мероприятия бытового (принятие пищи, осуществление естественных физиологических надобностей, одевание и обувание) и гигиенического ухода (гигиеническая ванна, гигиеническая смена постельного белья, приготовление постели, смена нательного белья, стрижка ногтей, уход за кожей);

– частичный посторонний бытовой уход на дому — мера замещения или компенсации *навыков повседневной бытовой деятельности*. Предполагает предоставление бытовых мероприятий (приготовление пищи, приобретение продуктов питания, медикаментов, предметов одежды и обихода, уборка жилого помещения, стирка белья, оплата текущих платежей и сопровождение больного при выходе из дома). Частичный посторонний бытовой уход осуществляется членами семьи, а у одиноких инвалидов II и I группы — социальным работником.

## МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТЕРПЕВШИМ ПОСТОРОННЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УХОДА

*Критериями определения постороннего специального медицинского ухода являются:*

– необходимость немедленного удовлетворения физиологических потребностей (мочеиспускание и дефекация) специальным способом;

– необходимость осуществления медицинских и санитарных манипуляций для обеспечения нормального функционирования внешних искусственных отверстий, обязательных для поддержания общих функций организма;

– необходимость осуществления специальных медицинских манипуляций по уходу за внешними полостями тела.

Таблица

Медицинские показания для определения потерпевшим постороннего специального медицинского ухода

Перечень патологических состояний	Условия назначения специального медицинского ухода
Состояние после оперативного лечения, закончившегося созданием искусственных отверстий, требующих внимания и ухода: – наличие функционирующей гастро-, еюно-, илео-, коло-, энтеро-, цистостомы – наличие функционирующей трахеостомы	Хронический дерматит, серозно-некротические изменения кожи и подкожно-жировой клетчатки, гнойно-воспалительные изменения кожи вокруг стомийного отверстия Больные с искусственными отверстиями при общем тяжелом соматическом состоянии При смене трахеотомической трубки
Свищи внутренних органов (свищ кишечный, свищ мочепузырный, свищ пищеводно-кожный, свищ плеврально-кожный, свищ уретро-промежностный)	На период ликвидации гнойных осложнений до радикального хирургического лечения свища или уса
Илиус кишечника (преходящий, паралитический)	На период ликвидации симптомов
Декубитальные язвы, пролежни	На период ликвидации пролежня
Варикозные язвы нижних конечностей	При тяжелом общем состоянии и нарушении системной гемодинамики при синдроме нижней полой вены
Атония мочевого пузыря	На период ликвидации симптомов
Стриктура уретры (спастическая, травматическая, посткатетеризационная)	На период ликвидации симптомов
Черепно-мозговые травмы при наличии трахеостомы, резко выраженной дисфагии, резко выраженном нарушении функции мочевого пузыря и толстого кишечника, пролежнях	На период ликвидации трахеостомы, пролежня. На период восстановления нарушенных функций глотания, мочеиспускания, дефекации



## Продолжение таблицы

1	2
Травмы спинного мозга при наличии трахеостомы, резко выраженной дисфагии, резко выраженном нарушении функции мочевого пузыря и толстого кишечника, пролежнях	На период ликвидации трахеостомы, пролежня. На период восстановления нарушенных функций глотания, мочеиспускания, дефекации
Травмы периферической нервной системы (плечевого сплетения, пояснично-крестцового сплетения, седалищного нерва) при наличии пролежней	На период ликвидации пролежня
Токсическое поражение периферической нервной системы: полиневропатия при наличии пролежней.	На период ликвидации пролежня
Токсическое поражение центральной нервной системы: энцефалопатия при наличии трахеостомы, резко выраженной дисфагии, резко выраженном нарушении функции мочевого пузыря и толстого кишечника, пролежнях	На период ликвидации трахеостомы, пролежня. На период восстановления нарушенных функций глотания, мочеиспускания, дефекации

### МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТЕРПЕВШИМ ПОСТОРОННЕГО БЫТОВОГО УХОДА

*Критериями определения постороннего бытового ухода являются:* значительное ограничение способности самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, осуществлять повседневную бытовую деятельность и гигиенические процедуры через критические интервалы времени либо полная утрата способности к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

*Медицинские показания для определения потерпевшим постороннего бытового ухода:*

– Ампутационные культы обеих верхних конечностей на любом уровне кроме уровня пальцев. (*Постоянный посторонний бытовой уход бессрочно.*)

– Ампутационные культы нижних конечностей кроме уровня пальцев. (*Частичный посторонний бытовой уход на период формирования опороспособности культы.*)

– Травматические ампутации верхних и нижних конечностей кроме уровня пальцев. (*Частичный посторонний бытовой уход на период формирования опороспособности культы.*)

– Травматическая ампутация верхней и нижней конечности, любая комбинация любых уровней. (*Постоянный посторонний бытовой уход на период лечения и формирования опороспособной культы, в дальнейшем частичный посторонний бытовой уход бессрочно.*)

– Гангрена конечностей при болезни Рейно. (*Частичный посторонний бытовой уход на период лечения и формирования опороспособности культы.*)

– Лимфостаз в стадии слоновости. (*Частичный посторонний бытовой уход на период декомпенсированной стадии лимфооттока.*)

– Переломы костей верхних и нижних конечностей, костей таза. (*Частичный посторонний бытовой уход на период лечения до наступления консолидации костей и снятия иммобилизации.*)

– Черепно-мозговые травмы со значительно выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями.

– Травмы спинного мозга со значительными двигательными нарушениями.

– Травмы периферической нервной системы (плечевого сплетения, пояснично-крестцового сплетения, седалищного нерва) со значительно выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями.

– Токсическое поражение периферической нервной системы: полиневропатия со значительно выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями.

– Токсическое поражение центральной нервной системы: энцефалопатия с двигательными нарушениями.

– Хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения ФК IV.

– Хроническая сердечная недостаточность — Н III стадия.

– Артериальная гипертензия III степени со стабильно высоким уровнем АД и сопутствующими клиническими состояниями.

– Дыхательная недостаточность III степени.

– Легочно-сердечная недостаточность Н II Б–III стадии.

– Хроническая почечная недостаточность — терминальная стадия.

– Хроническая печеночная недостаточность в стадии выраженной декомпенсации с симптомами печеночной энцефалопатии II и более выраженных стадий.

– Анкилозирующий спондилоартрит, ризомиелическая и висцеральная формы с III степенью функциональной недостаточности.

– Ревматоидный артрит и другие болезни суставов, IV стадия, IV степень нарушения функции суставов.

## СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОТЕРПЕВШИМ ПОСТОРОННЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ПОСТОРОННЕГО БЫТОВОГО УХОДА

Решение МРЭК о нуждаемости потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в постороннем

специальном медицинском и (или) постороннем бытовом уходе обязательно должно включать указание конкретных сроков, в течение которых целесообразно предоставление дополнительных видов ухода.

Основополагающим моментом при определении сроков нуждаемости в дополнительных видах ухода следует считать выявление характера и динамики нарушения основных функций организма больного: нарушения статодинамической функции, психологических и сенсорных функций, функций кровообращения, дыхания, выделения и др. Клинико-функциональное обследование и комплексная оценка полученных качественных и количественных показателей в каждом конкретном случае позволяет объективно оценить степень выраженности нарушенных функций и индивидуально определить нуждаемость потерпевшего в дополнительных видах ухода.

Нуждаемость *в постороннем специальном медицинском уходе* бессрочно не устанавливается.

Сроки постороннего специального медицинского ухода за больным могут быть переменными и устанавливаются с учетом характера и типа течения заболевания после анализа параметров, определяющих течение болезни: темпа прогрессирования или регрессирования клинических проявлений, длительности и полноты ремиссий, факторов отсроченности оперативного лечения.

Нуждаемость *в постороннем бытовом уходе* лицам, признанными инвалидами I и II группы, устанавливается соответственно сроком на 2 года и 1 год, исходя из характера заболевания, степени выраженности ограничения способности к самообслуживанию, прогноза развития компенсаторных и адаптационных возможностей пациента.

Сроки определения нуждаемости в постороннем бытовом уходе лицам, достигшим пенсионного возраста, и признанных инвалидами бессрочно, МРЭК устанавливаются индивидуально.

При необратимых последствиях повреждения здоровья, отсутствии эффекта от проводимых реабилитационных мероприятий, нуждаемость в постороннем бытовом уходе может быть определена бессрочно (в случае установления II и I группы инвалидности без срока переосвидетельствования).

## ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОТЕРПЕВШИМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВИДОВ УХОДА

Основополагающими документами, регламентирующими предоставление потерпевшим в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний дополнительных видов ухода, являются:

– Положение о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденное

постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 октября 2003 г. № 1299;

– Положение о порядке оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденное постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 октября 2003 г. № 1300;

– Инструкция по заполнению программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9 января 2004 г. № 1/1.

В соответствии с пунктом 3 Положения о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний «одновременно с установлением степени утраты профессиональной трудоспособности МРЭК при наличии оснований устанавливает инвалидность, нуждаемость потерпевшего в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации».

Положением о порядке оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 октября 2003 г. № 1300, определен перечень дополнительных расходов (пункт 2) на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, включающий посторонний специальный медицинский и бытовой уход. В соответствии с пунктом 4 указанного Положения решение о видах помощи, обеспечения или ухода, в которых нуждается потерпевший, и сроках их предоставления, принимается МРЭК.

Заключение МРЭК о нуждаемости в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации оформляется в виде программы реабилитации потерпевшего. Данная программа реабилитации потерпевшего составляется в течение одного месяца после принятия экспертного решения по утвержденной форме и направляется страховщику (в соответствии с пунктами 18, 19 и 22 Положения о порядке определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний).

Нуждаемость потерпевших в дополнительных видах ухода указывается МРЭК в программе реабилитации потерпевшего: в графе таблицы «Формы и объемы реабилитации», в строках:

- посторонний уход;
- специальный медицинский;
- бытовой.

В соответствии с пунктом 7 Инструкции по заполнению программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на

производстве или профессионального заболевания «в случае, если потерпевшему требуется посторонний уход, соответственно:

в строке «специальный медицинский» делается запись: «Нуждается» с учетом заключения ВКК;

в строке «бытовой» делается запись: «Нуждается», если потерпевший признан МРЭК нуждающимся в бытовом уходе (инвалидом I группы заключение МРЭК о необходимости постороннего ухода не требуется)».

Одновременно МРЭК заполняются графы программы реабилитации потерпевшего: «срок проведения» и «исполнитель».

Оплата дополнительных расходов производится по решению страховщика в соответствии с заключением МРЭК. «Потерпевшему, имеющему право по заключению МРЭК одновременно на посторонний специальный медицинский и бытовой уход, производится оплата дополнительных расходов на оба вида ухода.

Оплата дополнительных расходов на посторонний специальный медицинский и бытовой уход в период нахождения потерпевшего в стационарных учреждениях здравоохранения и социального обслуживания не производится.

Для оплаты расходов на осуществление бытового ухода за потерпевшим, являющимся инвалидом I группы, соответствующего заключения не требуется» (пункт 10 Положения о порядке оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, потерпевших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний).