

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я

ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

**Тема 8. Хворий як об'єкт реабілітації. Експертиза втрати
працездатності. Механізм реалізації індивідуальної програми реабілітації
інвалідів**

Методичні рекомендації для практичних занять
студентів I курсу медичних факультетів
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Запоріжжя

Затверджено:

на засіданні кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМУ

протокол № 1 від 29.08.20 р.

на ЦМР ЗДМУ

протокол №1 від 29.08.20 р.

Автори:

Сазанова І.О., старший викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я ЗДМУ;

Методичні рекомендації призначені для студентів, які навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» ЗВО МОЗ України. Містять базові питання з практичної діяльності у фізичній реабілітації, вивчення яких передбачено навчальною програмою з дисципліни «Основи практичної діяльності у фізичній реабілітації»

**8. ХВОРИЙ ЯК ОБ'ЄКТ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ЕКСПЕРТИЗА ВТРАТИ
ПРАЦЕЗДАТНОСТІ. МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ
ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ
ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 6**

Курс: I

Спеціальність: 227 «Фізична терапія, ерготерапії»;

1.Заняття №6

2.Тривалість теми 2 (год.).

**3.Навчальна мета: Ознайомитися з поняттям соціальної
реабілітації та біоетикою в процесі реабілітації**

***Знати: Поняття* ХВОРИЙ ЯК ОБ'ЄКТ РЕАБІЛІТАЦІЇ.
ЕКСПЕРТИЗА ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ. МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ
ІНДИВІДУАЛЬНОЇ
ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ**

**4.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми
(міждисциплінарна інтеграція**

№ з/п	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.	Анатомія	Знати анатомічну будову тіла людини, особливості шкіри, скелетно-м'язової системи та опорно-рухового апарату.
2.	Фізіологія	Знати особливості фізіологічного стану організму у стані фізіологічного спокою та після дії на нього масажу.

5. Зміст теми:

КРИТЕРІЇ ВІДБОРУ ХВОРИХ ДЛЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ:

- медичні, біологічні, психологічні, соціальні.

Медичні - розподіл хворих по групах захворювань: захворювання периферійної нервової системи, хвороби кістково-м'язової системи, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи та ін.

Соціальні: трудовий стаж, професія, житлові умови, сімейний стан, освіта.

Біологічні: вік, стать, особливості конституції та ін.

Психологічні: тип нервової діяльності, оцінка хворим свого стану, взаємостосунки в сім'ї, на виробництві, психологічна готовність працювати.

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ:

- ранній початок реабілітаційних заходів;
- етапність лікування: від початку виникнення захворювання до кінцевого його наслідку;
- послідовність та безперервність лікування на всіх етапах;
- комплексний характер реабілітаційних заходів;
- індивідуальність реабілітаційних заходів;
- доступність;
- повернення до активної праці;
- продовження лікування після повернення до суспільно корисної праці;
- необхідність реабілітації у колективі разом з іншими хворими.

ПЕРІОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний. Всі інші види реабілітації підпорядковані періодам медичної реабілітації. В цих періодах виділяють наступні етапи:

- лікарняний період включає **I етап** реабілітації - лікарняний (стаціонарний, госпітальний),

- післялікарняний період включає **II етап** — поліклінічний або реабілітаційний, санаторний період і **III етап** - диспансерний.

I етап реабілітації - лікарняний (стаціонарний) розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації.

Завдання реабілітації:

- ліквідація чи зменшення активності патологічного процесу, прискорення відновних процесів;
- попередження ускладнень, загострення супутніх захворювань;
- розвиток постійних або тимчасових компенсацій;
- відновлення функцій органів та систем, уражених хворобою;
- поступове збільшення фізичної активності хворого та адаптація організму до зростаючих навантажень побутового характеру.

Засоби реабілітації. Вона включає переважно медикаментозні або хірургічні методи лікування. Одночасно з ними використовують охоронний режим, відповідний режим рухової активності, психотерапію та психопрофілактику, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, працетерапію, фізіотерапевтичні засоби. В кінці періоду оцінюють стан хворого, його резервні можливості і розробляють подальшу програму реабілітації.

II етап реабілітації — поліклінічний або реабілітаційний, санаторний. Призначається після виписки хворого з стаціонару. Проводиться у поліклініці, реабілітаційному центрі чи санаторії.

Завдання реабілітації:

- зменшення чи ліквідація наслідків захворювання;
- попередження ускладнень основного захворювання та загострення супутніх захворювань;
- виявлення резервних можливостей організму, виявлення та розвиток компенсаторних можливостей;
- підвищення функціональної здатності організму до рівня, необхідного для повсякденної побутової та трудової діяльності;
- підготовка хворого до трудової діяльності (працетерапія, оволодіння інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування).

Засоби реабілітації. На цьому етапі, крім медикаментозної терапії, важливе значення належить фізичній реабілітації, яка поєднується з дієтичним харчуванням, психо- та працетерапією. З хворим, крім медичних працівників, працюють педагоги, соціологи та юристи, які у разі зниження або втрати працездатності, сприяють адаптації людини до свого стану, розв'язання питань професійної працездатності, працевлаштування, побуту.

Наприкінці етапу хворого детально обстежують з метою вивчення функціональних можливостей, терміну відновлення трудової діяльності, її обсягів. Залежно від отриманих результатів пацієнту можуть рекомендувати:

- у разі відновлення функціональної та професійної здатності — повернення на попереднє місце роботи;
- у разі зниження функціональних можливостей - робота з меншим фізичним та психологічним навантаженням;
- при значних залишкових функціональних порушеннях та анатомічних дефектах - перекваліфікацію, роботу вдома;
- при глибоких, тяжких і незворотних змінах - подальше розширення зони самообслуговування та побутових навичок.

III етап - диспансерний. Під контролем перебувають дві групи людей: перша - здорові та особи з факторами ризику, друга - хворі.

Вибір осіб для диспансерного спостереження проводиться як за медичними, так і за соціальними показаннями. До контингентів дорослого населення, що підлягають диспансерному спостереженню за медичними показаннями, належать особи, що мають фактори ризику, які часто та тривало хворіють і хворі з окремими хронічними захворюваннями.

За соціальними показаннями диспансерному спостереженню підлягають особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці, працівники харчових, комунальних і дитячих закладів, вчителі загальноосвітніх шкіл, особи з факторами ризику соціального характеру.

Завдання.

Диспансерний метод обслуговування полягає у наступному:

- встановлення точного детального діагнозу;
- поділ осіб на диспансерні групи, направлення при необхідності на стаціонарне, напівстаціонарне лікування;
- нагляд за реабілітованим, лікування залишкових явищ перенесених захворювань чи подальший розвиток компенсації;
- поліпшення та відновлення фізичного стану і фізичної працездатності;
- обґрунтування рекомендації щодо адекватності виконуваної роботи;
- контроль робочого місця з метою виявлення негативних факторів, які можуть вплинути на стан здоров'я чи спричинити травматизм;
- у разі необхідності - сприяння зміні умов праці, способу життя, перекваліфікації, адаптації до умов життя;
- вирішення особистих та соціальних проблем, які можуть бути причиною рецидивів захворювання чи сповільнювати відновні процеси і сприяти поверненню хворого в суспільство;

- роз'яснювальна робота лікаря та медичної сестри з хворим, контроль активності хворого у процесі лікування, виконання ним всіх рекомендацій;
- сприяння у наданні інвалідам технічних засобів, вступу до товариств та об'єднань, у тому числі і спортивних, залучення людей молодого віку до занять адекватними видами спорту.

Засоби. Для вирішення цих завдань використовуються всі існуючі види і засоби реабілітації. Залучаються психологи, педагоги, соціологи, юристи, профспілкові організації, трудові колективи. Постійно працюють реабілітологи, які контролюють перебіг відновних процесів, переглядають, коректують програму реабілітації.

Реабілітація в домашніх умовах. Особливою формою реабілітаційної допомоги хворим, стан здоров'я яких не дозволяє відвідувати реабілітаційні відділення поліклінік, є домашній етап реабілітації. Для таких хворих створюється програма відновного лікування на дому. Її завдання-мінімум - відновлення здатності до самообслуговування, завдання-максимум - досягнення хворим можливості відвідувати реабілітаційне відділення лікувально-реабілітаційного закладу.

При потребі на дому з хворим займається методист ЛФК, масажист. Для родичів таких хворих організовується спеціальна підготовка при реабілітаційних відділеннях лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання, де під керівництвом лікарів, масажистів, методистів з лікувальної фізкультури, спеціалістів з працетерапії, дієтотерапії тощо вони вчаться навичкам догляду за хворим і елементам відновного лікування на дому. Відвідування на дому таких хворих лікарем реабілітаційного відділення проводиться не рідше 1 разу на місяць, медичної сестри - за призначенням лікаря.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРОГРАМИ

Програми медичної реабілітації складаються лікарями лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) для хворих з тимчасовою втратою працездатності та лікарями медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) для хворих з стійкою втратою працездатності (інвалідів).

Індивідуальна програма реабілітації. Для кожного хворого персонально розробляється Індивідуальна програма реабілітації (ІПР). Вона містить комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного, професійного характеру, які залежать від реабілітаційного потенціалу ЛПУ і спрямовані на відновлення чи компенсацію порушених функцій або втрачених навичок інваліда, для забезпечення більш високого рівня життєдіяльності,

максимально можливого відновлення працездатності, повернення в суспільство. Відповідно до Індивідуальної програми реабілітації кожному хворому розробляється реабілітаційний маршрут: перелік спеціалістів і підрозділів, які і в якій послідовності необхідно пройти хворому відповідно до етапів реабілітаційного процесу.

ЕКСПЕРТИЗА ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Хвороба призводить до обмеження працездатності або втрати її, тобто порушується найважливіша соціальна функція людини - працездатність. Система реабілітації нерозривно пов'язана із медико-соціальною експертизою непрацездатності (тимчасової чи стійкої). Проведення експертизи працездатності спричинене значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності на здоров'я населення, економічними витратами суспільства та пов'язане з юридичними аспектами.

Проведення експертизи працездатності обумовлене наявністю в нашій країні системи державного соціального страхування, яке передбачає соціальний захист громадян при непрацездатності і є одним із прав, зафіксованих у статті 46 Конституції, Кодексі законів про працю та ряді інших законів України.

Метою проведення медико-соціальної експертизи є визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової чи стійкої втрати працездатності та необхідність звільнення в зв'язку з цим від роботи.

Визначення працездатності пов'язане з двома чинниками: **медичним і соціальним.**

Медичний чинник, який визначає оцінку працездатності - це правильно встановлений діагноз. Від нього залежить клінічний прогноз і науково обґрунтований експертний висновок.

Соціальні чинники: професія, освіта, кваліфікація, умови праці, ступінь епідеміологічної небезпеки хворого для оточуючих (у хворих на інфекційні хвороби).

Займаються експертизою працездатності, як мінімум, два заклади - **лікувально-профілактичний**, в якому лікується хворий (при тимчасовій непрацездатності) і **медико-соціальна експертна комісія** (при стійкій непрацездатності або інвалідності).

Експертиза тимчасової непрацездатності є складовою частиною роботи лікаря, який уповноважений констатувати неможливість виконувати роботу в зв'язку із захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу. Соціальна допомога при тимчасовій непрацездатності компенсує працівникові втрачений заробіток.

Право видачі листка непрацездатності (лікарняного листка) при амбулаторному лікуванні надається лікуючому лікарю терміном на 1-3 дні, який при необхідності може продовжити його ще на три дні, тобто загалом на 6 днів. З приводу захворювання на грип, що виникло під час епідемії, одномоментна видача лікарняного листка може становити не більше 5 днів, але максимальний термін також не повинен перевищувати 6 днів. Право продовження листка непрацездатності разом з лікуючим лікарем надається завідувачу відділення, головному лікарю, лікарсько-консультативній комісії (ЛКК). При стаціонарному лікуванні листки непрацездатності на весь час госпіталізації хворого видаються лікуючим лікарем спільно із завідувачем відділення.

При безперервному захворюванні максимальний термін видачі ЛКК листка непрацездатності становить 4 місяці, а при наявності перерв, якщо працівник отримав декілька листків непрацездатності з одного і того ж захворювання протягом року - 5 місяців. При туберкульозі та професійному захворюванні цей термін становить відповідно 10 і 12 місяців.

Експертиза стійкої непрацездатності. Якщо функціональні можливості та працездатність не відновилися після вищевказаних термінів, лікарсько-консультативна комісія направляє хворого на МСЕК з листком непрацездатності та відповідно оформленим направленням для проведення експертизи стійкої непрацездатності або інвалідності.

При стійкій втраті працездатності, коли робітник не може виконувати роботу в попередніх умовах, призначають групу інвалідності.

ГРУПИ ІНВАЛІДНОСТІ.

Існують **три** групи інвалідності.

Третю групу інвалідності призначають особам, які обмежено придатні до роботи за спеціальністю, але можуть продовжувати працювати на полегшеній роботі або ж на тій же, лише при меншому об'ємі. Вона стосується осіб з обмеженою працездатністю в таких випадках:

- ✓ при необхідності значного зниження обсягу виробничої діяльності;
- ✓ при значному зниженні кваліфікації чи втраті професії;
- ✓ при значному утрудненні у виконанні професійних обов'язків внаслідок анатомічних дефектів, що наведені в затвердженому МОЗ України переліку дефектів.

Другу групу інвалідності призначають особам, що мають значні функціональні порушення та практично повну непрацездатність, але не потребують

сторонньої допомоги, тобто здатні обслуговувати себе самостійно. При визначенні інвалідності II групи керуються трьома критеріями:

- 1) недоступність праці через виражені зміни в організмі;
- 2) протипоказання до праці внаслідок можливого негативного впливу на перебіг захворювання;
- 3) доступність праці невеликого об'єму лише в спеціально створених умовах - на дому, в цехах для інвалідів тощо.

Першу групу інвалідності встановлюють особам з постійною чи тривалою втратою працездатності, які потребують постійного стороннього догляду, нагляду чи допомоги.

Кожна група інвалідності встановлюється на певний термін із призначенням строку повторного огляду. Переогляд осіб працездатного віку може бути через 1-3 роки.

Нерідко група інвалідності встановлюється без призначення терміну повторного огляду, тобто безстроково (досягнення певного віку, наявність стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень, неефективність реабілітаційних заходів, несприятливий клінічний і трудовий прогноз тощо). У всіх інших випадках повторний огляд проводиться: 1 раз на рік - для інвалідів I та III груп, 1 раз на два роки — для інвалідів II групи.

Повторний огляд проводиться МСЕК, що дає можливість не тільки здійснювати медичний контроль, але і стежити за працевлаштуванням інваліда.

Інваліди III групи (чи II групи, що мають можливість працювати) відповідно до чинного законодавства працевлаштовуються згідно із рекомендаціями МСЕК на попередньому підприємстві чи на іншому за допомогою лікаря-реабітолога МСЕК та Фонду соціального захисту інвалідів. Інваліди I групи при окремих захворюваннях (травми хребта з порушенням цілісності спинного мозку та ін.) можуть бути непрацездатними в звичних виробничих умовах. В окремих випадках можливе їх працевлаштування на дому чи в спеціально створених умовах.

ЕКСПЕРТИЗА ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Судово-медична експертиза визначення розмірів втрати працездатності проводиться експертними комісіями бюро судово-медичної експертизи з різних приводів: в зв'язку з транспортними та побутовими травмами; з приводу заподіяння шкоди здоров'ю на виробництві та в ряді інших випадків, але тільки за ухвалою суду. Відшкодування шкоди, заподіяної ушкодженням здоров'я (каліцтвом),

здійснюється у вигляді присудження збитків, пов'язаних з втратою потерпілим заробітку. Розмір збитків в цих випадках визначається відповідно до ступеня втраченої потерпілим працездатності і середнім заробітком потерпілого за 12 календарних місяців, а при тимчасовій непрацездатності - за 2 календарні місяці отриманої зарплати потерпілим від нещасного випадку. При цьому право винагороди за каліцтво належить потерпілому від дня заподіяння шкоди, а не з моменту звернення його з позовом до суду. Якщо в результаті каліцтва потерпілий частково втратив професійної та загальної працездатності, то розмір відшкодування визначається пропорційно ступеня втрати ним професійної працездатності.

При повній втраті професійної працездатності і збереження частково загальної працездатності належне потерпілому відшкодування має бути зменшено на суму, яку міг би заробляти некваліфікований працівник при відповідному відсотку загальної працездатності. Якщо в разі каліцтва за висновком лікарської експертизи потерпілий потребує стороннього догляду, то суд понад присудженого відшкодування за втрату заробітку може зобов'язати яка завдала шкоди оплачувати йому вартість догляду. Суд може також покласти на заподіяла шкоду обов'язок відшкодувати потерпілому фактично понесені витрати на додаткове харчування, протезування, спеціальне лікування, в тому числі на санаторно-курортне лікування, якщо потерпілий за висновком лікарської експертизи дійсно потребує зазначених видів допомоги і не отримує її через відповідні організації безкоштовно.

У разі заподіяння каліцтва неповнолітньому, який не має до часу каліцтва заробітку, суд за позовом неповнолітнього або його законних представників (батьків або опікунів) може стягнути з заподіяла шкоду витрати по догляду за потерпілим, надання йому посиленого харчування, протезування та лікування, а також винести рішення про визнання за потерпілим права на відшкодування після досягнення нею 16-річного віку збитків за втрату працездатності.

Якщо в матеріальному становищі сторін або в стані здоров'я потерпілого відбудуться після рішення суду істотні зміни (підвищення або зниження трудоспособності), то як потерпілий, так і заподіяв шкоду можуть звернутися з позовом до суду про відповідне зменшення або збільшення розміру присудженого відшкодування за шкоду.

До початку слухання справи в судовому засіданні суддя повинен в порядку статті вимагати, щоб сторони представили докази, що мають важливе значення для винесення правильного рішення. До справи про відшкодування шкоди, заподіяної ушкодженням здоров'я (каліцтво), повинні бути долучені:

а) акт про нещасний випадок, складений адміністрацією підприємства, органами відповідного нагляду (технічний, будівельний, санітарна інспекція тощо) або органами міліції;

б) довідка про розмір заробітку потерпілого до моменту каліцтва;

в) довідка про розмір призначеної потерпілому пенсії або допомоги по соціальному страхуванню або соціальному забезпеченню;

г) довідка про сімейний та майновий стан потерпілого. Крім того, для з'ясування питання про ступінь втрати потерпілим професійної та загальної працездатності від заподіяної нещасним випадком шкоди суд зобов'язаний зажадати, щоб сторони представили висновку лікарської комісії та технічної інспекції, а при неможливості або затруднителіності цього призначити з даних питань судово-медичну і технічну експертизу.

У судовому рішенні повинні бути детально вказані обставини, при яких заподіяно шкоду, і наведено точний розрахунок присуджуються у відшкодуванні шкоди збитків. Відшкодування шкоди, заподіяної ушкодженням здоров'я (каліцтво), має присуджуватися у вигляді періодичних, щомісячних платежів, які відповідач зобов'язаний виплачувати позивачеві, в залежності від ступеня стійкої втрати працездатності, протягом певного терміну або довічно.

При визначенні розмірів шкоди здоров'ю суд, встановлюючи розмір збитків, повинен виходити з розмірів, тобто відсотка втраченої потерпілим працездатності. Якщо потерпілий втратив частково професійної та загальної працездатності, то знову-таки потрібно встановити розміри, тобто відсоток втрати потерпілим професійної працездатності, а також і залишилася загальної працездатності. Тому суди вимагають визначати втрату професійної та загальної працездатності потерпілим у відсотках. У зв'язку з цим експертам необхідно встановлювати втрату загальної та професійної працездатності у відсотках.

При визначенні працездатності комісії бюро судово-медичної експертизи керуються відповідними нормативними документами.

Розгляд спорів про відшкодування шкоди особам, які зазнали каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я на виробництві, відшкодування шкоди здійснюється не в судовому порядку, а адміністрацією установи спільно з представниками профспілкових організацій. Експертиза з приводу визначення розмірів втрати працездатності в таких випадках проводиться вже не судово-медичною експертизою, а Державною службою медико-соціальної експертизи.

Під загальною працездатністю розуміється здатність до некваліфікованої праці.

Експертиза в ув'язненні відповідає також на питання, чи має потребу потерпілий стороннього догляду, додаткового харчування, в протезуванні, в спеціальному, в тому числі і санаторно-курортному, лікуванні.

Чинне законодавство передбачає відшкодування збитку за каліцтво або інше ушкодження здоров'я. На жаль, в законодавстві визначення поняття «каліцтво» по суті відсутня. Поняття «ушкодження здоров'я» - більш широке, воно включає також і поняття «каліцтво». Тому, по суті, завжди визначається ушкодження здоров'я і його обсяг.

У осіб до 15 років втрата працездатності до повноліття не визначається.

При підвищенні або зниженні втрати працездатності у потерпілого через деякий час після події може бути змінено розмір присуджується йому відшкодування за шкоду. Тому експертиза втрати працездатності проводиться повторно.

Позови про відшкодування шкоди пов'язані тільки зі стійкою втратою працездатності, так як за тимчасову непрацездатність допомоги визначаються по соціальному страхуванню в розмірі 100%, якщо тимчасова непрацездатність пов'язана з роботою, що виконується потерпілим.

Таким чином, визначення розмірів стійкої втрати працездатності у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я проводиться:

а) експертними комісіями Державної служби медико-соціальної експертизи, органом соціального забезпечення;

б) експертними комісіями бюро судово-медичної експертизи при суперечках, що розглядаються судом. Судово-медична експертиза з визначення розмірів стійкої втрати працездатності проводиться за ухвалою суду.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Експертні комісії, що складаються з декількох фахівців (терапевт, хірург, травматолог, невропатолог, офтальмолог і ін.) і лікарів-експертів Державної служби медико-соціальної експертизи або судово-медичних експертів, встановлюють розміри стійкої втрати працездатності на підставі детального медичного обстеження потерпілого. У комісію Державної служби медико-соціальної експертизи входять також представники органу соціального забезпечення та профспілкової організації.

Комісії визначають стійку втрату професійної та загальної працездатності у відсотках.

При визначенні відсотка втрати професійної працездатності, тобто здатності до праці в своїй професії, комісії керуються «Положенням про порядок встановлення лікарсько-трудовами експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, які отримали каліцтво, професійне захворювання або інше ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням ними трудових обов'язків», затвердженим постановою Уряду. Однак слід враховувати, що різні професії висувають різні вимоги до організму, і одні і ті ж наслідки увечья в різному ступені порушують працездатність осіб різних професій.

При визначенні втрати професійної працездатності комісія Державної служби медико-соціальної експертизи повинна виходити з можливості потерпілого після каліцтва чи іншого ушкодження здоров'я продовжувати свою професійну роботу або роботу, рівну їй по кваліфікації.

При визначенні ступеня втрати професійної працездатності комісія Державної служби медико-соціальної експертизи в кожному конкретному випадку враховує вираженість порушень функцій організму, ступінь компенсації втрачених функцій, здатність потерпілого виконувати в тій чи іншій мірі роботу за основною професією, в тому числі можливість виконання роботи в звичайних або спеціально створених умовах, а також заходи щодо реабілітації, включаючи професійне навчання і перенавчання.

Встановлюється 100% втрати професійної працездатності в тих випадках, коли у потерпілого настала повна втрата працездатності внаслідок різко виражених порушень функцій організму при наявності абсолютних медичних протипоказань для виконання будь-яких видів професійної діяльності, навіть в спеціально створених умовах.

Встановлюється від 70 до 90% втрати професійної працездатності в тих випадках, коли потерпілий може виконувати роботу лише в спеціально створених умовах внаслідок виражених порушень функцій організму.

Встановлюється втрата професійної працездатності в 60%, коли потерпілий втратив основну професію і може виконувати легкі некваліфіковані види праці.

У разі отримання повторних трудових каліцтв ступінь втрати професійної працездатності визначається за наслідками кожного з них окремо.

Комісія Державної служби медико-соціальної експертизи виносить висновок про те, що потерпілий має потребу в навчанні нової професії, якщо він внаслідок трудового каліцтва не може виконувати роботу за попередньою професією.

Якщо каліцтво або інше ушкодження здоров'я викликало втрату працездатності в розмірах, що дають підстави для встановлення однієї з трьох

груп інвалідності, експертна комісія, крім визначення розмірів стійкої втрати працездатності у відсотках, встановлює групу інвалідності і дає трудові рекомендації потерпілому, керуючись інструкціями і положеннями по лікарсько трудової експертизи.

Комісії встановлюють розмір стійкої втрати тільки тієї працездатності, яка була викликана і пов'язана з роботою потерпілого. Інші захворювання і дефекти, які пов'язані з конкретним випадком на роботі, до уваги не беруться.

У деяких випадках проводиться повторний огляд потерпілого для з'ясування можливості змін розмірів втрати працездатності. Повторна експертиза проводиться в термін від 6 місяців до 2 років. При цьому враховуються характер наслідків пошкодження здоров'я і можливість їх ліквідації в результаті лікування, а також визначаються наявні розміри втрати стійкої працездатності.

Якщо група інвалідності на підставі Інструкції встановлюється безстроково, то і розміри стійкої втрати загальної та професійної працездатності можуть також встановлюватися безстроково. У цих випадках повторна експертиза потерпілих може проводитися або за їх заявою, або за заявою інших зацікавлених осіб.

Судово-медична експертиза з визначення розмірів стійкої втрати працездатності.

Експертиза по визначенню розмірів стійкої втрати працездатності проводиться в зв'язку:

- а) з травмами, отриманими від різних видів транспорту;
- б) з побутовими травмами;
- в) з позовами щодо стягнення аліментів: до чоловіка при шлюбнорозлучних справах; до батьків - на утримання дітей, які після досягнення повноліття залишилися непрацездатними; до дітей - від хворих і непрацездатних батьків;
- г) із заподіянням шкоди здоров'ю на виробництві при розгляді таких справ у суді;
- д) в інших випадках.

Комісії бюро судово-медичної експертизи, як і експертні комісії Державної служби медико-соціальної експертизи, при визначенні розмірів стійкої втрати працездатності керуються зазначеними вище нормативними документами.

У практиці може виникнути питання: як визначити обсяг втрати працездатності при декількох пошкодженнях, кожне з яких призвело до стійкої втрати працездатності (наприклад, пошкодження ока з неповною втратою зору і травматична ампутація кисті). В даному випадку визначення

обсягу стійкої втрати працездатності проводиться для оцінки ступеня тяжкості тілесного ушкодження. Визначається обсяг втрати працездатності, викликаной тільки даними пошкодженням, що були раніше дефекти до уваги не приймаються, і стійка втрата працездатності визначається так само, як і у здорової людини.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ (ІПР) РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Що таке ІПР? Форма карти ІПР. Для чого потрібна і як отримати ІПР. Ознайомтеся з правилами забезпечення інвалідів технічними засоби реабілітації, а також можливістю отримання компенсації за самостійно придбані ТСП.

Реабілітація інвалідів - система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму.

Що включає в себе реабілітація інваліда?

Реабілітація (від латинського *rehabilitatio* - «відновлення») інваліда включає в себе:

Медичну реабілітацію. Складається з відновлювальної терапії, реконструктивної хірургії, протезування та ортезування.

Професійну реабілітацію. Складається з професійної орієнтації, професійної освіти, професійно-виробничої адаптації, працевлаштування.

Соціальну реабілітацію. Складається з соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації.

Частиною загальної реабілітації є і психологічна допомога інваліду.

ЩО ТАКЕ ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ (ІПР)?

Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) - це комплекс заходів щодо реабілітації інваліда (дитини-інваліда) який розробляється при проведенні медико-соціальної експертизи громадянина виходячи з комплексної оцінки обмежень життєдіяльності, реабілітаційного потенціалу на основі аналізу його клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова і психологічних даних і затверджується керівником бюро медико-соціальної експертизи (МСЕ).

В індивідуальну програму реабілітації повинні бути включені всі заходи, технічні та інші засоби реабілітації та реабілітаційні послуги, необхідні

інваліду для ведення повноцінної незалежної жінні.Такоже в ІІР вказуютьсѧ види, форми рекомендованих заходів, обсяги, терміни, виконавці.