**Инструкция о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы**

МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ СССР

от 8 января 1986 года N 2

ИНСТРУКЦИЯ  
о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы

I. Общие положения

1. Основными задачами врачебно-страховой экспертизы являются:  
  
**освидетельствование** застрахованных, пострадавших в период действия договоров страхования в результате событий\*, предусмотренных условиями каждого вида личного страхования, с целью определения последствий этих событий;  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* В дальнейшем эти события для краткости именуются "травма".  
  
  
**изучение медицинских** и других **документов** для определения возможности выплаты страховой суммы в связи со смертью застрахованного.

2. Освидетельствование застрахованных проводится врачебно-страховыми экспертными комиссиями (ВСЭК) и врачами-экспертами инспекций госстраха в порядке, установленном настоящей инструкцией, а также другими нормативными документами Министерства финансов СССР и Главного управления государственного страхования СССР по вопросам врачебно-страховой экспертизы.  
  
Заключение по документам в случае смерти застрахованного дается врачом-экспертом управления госстраха в порядке, предусмотренном п.82-89 настоящей инструкции.

3. Контроль за работой врачебно-страховых экспертных комиссий и врачей-экспертов возлагается на главные управления и управления государственного страхования.

II. Организация и порядок работы врачебно-страховой экспертизы

4. Врачебно-страховые экспертные комиссии (ВСЭК) создаются:  
  
в городах, являющихся центрами союзных и автономных республик, краев, областей и национальных округов, - **при управлениях государственного страхования**;  
  
во всех остальных городах и районах - при **инспекциях государственного** **страхования**по усмотрению управления госстраха АССР, края, области, города.

5. В городе, имеющем районы, может быть организована одна или несколько ВСЭК, в зависимости от количества застрахованных, ежегодно направляемых на освидетельствование.  
  
В городах и районах ВСЭК создаются только в том случае, если число застрахованных, нуждающихся в освидетельствовании, составляет **не менее** 500 человек в год.  
  
В случае необходимости при управлениях и инспекциях госстраха могут быть также созданы специализированные (глазная, детская и т.п.) ВСЭК.  
  
При главных управлениях государственного страхования союзных республик, не имеющих в непосредственном подчинении инспекций госстраха, ВСЭК не создаются.  
  
В городах и районах, где ВСЭК не организованы, освидетельствование застрахованных проводится врачом-экспертом инспекции госстраха, которым должен быть, как правило, травматолог-ортопед (хирург) или невропатолог (нейрохирург)\*.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* В дальнейшем для краткости - "травматолог" и "невропатолог".

6. В состав ВСЭК должны входить три врача-специалиста: **два** **травматолога\* и невропатолог.** В состав детской ВСЭК должны входить педиатр, детский травматолог, детский невропатолог. Врачей других специальностей (санитарных врачей, акушеров-гинекологов, урологов, рентгенологов, фтизиатров, отоларингологов, организаторов здравоохранения и т.д.) в состав ВСЭК вводить не разрешается (за исключением врачей-экспертов управлений госстраха).  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Если в состав ВСЭК ввести травматолога не представляется возможным, его можно заменить хирургом, занимающимся лечением травматологических больных.  
  
  
Врач-эксперт управления (главного управления) госстраха, обеспечивающий четкое исполнение своих служебных обязанностей, может быть по усмотрению руководства управления (главного управления) введен в состав ВСЭК (одной из ВСЭК, если их несколько). В этом случае он назначается ее председателем.  
  
В других ВСЭК председателем назначается травматолог, а при его отсутствии - наиболее опытный член ВСЭК. Член ВСЭК, не обеспечивающий высокий уровень врачебно-страховой экспертизы, нарушающий врачебную этику и трудовую дисциплину, выводится из состава ВСЭК.  
  
Для замены членов ВСЭК во время их отпуска, болезни, командировки или отсутствия по другим причинам управление (инспекция) госстраха должно иметь резерв врачей: травматологов и невропатологов.

7. Председатель ВСЭК. организует работу врачебно-страховой экспертной комиссии, обеспечивает освидетельствование застрахованных в соответствии с требованиями и положениями настоящей инструкции, отвечает за правильность и обоснованность принятых комиссией, решений, оформления актов освидетельствования ф. N 176 ([приложение N 1](http://docs.cntd.ru/document/901928439)) и ведения "Журнала учета освидетельствований застрахованных" (ф. N 197).

8. Регистрацию застрахованных, явившихся для освидетельствования, проверку документов, удостоверяющих личность (паспорта, удостоверения личности), свидетельства о рождении ребенка и др., подготовку документов к заседанию ВСЭК, доставку документов из инспекции (управления) во ВСЭК и обратно проводит регистратор. Он также ведет журнал ф. N 197. После окончания каждого заседания ВСЭК все записи в журнале ф. N 197 подписываются председателем.

9. Состав ВСЭК (в том числе и при инспекциях госстраха) утверждается приказом начальника управления (главного управления госстраха союзной республики, не имеющей областного деления).  
  
Оплата труда председателей и членов ВСЭК, врачей-экспертов инспекций госстраха\*, регистраторов ВСЭК и др. регулируется письмом Министерства финансов СССР от 28 января 1983 года N 13 "О порядке оплаты труда работников, занятых при освидетельствовании застрахованных граждан", согласованным с Министерством здравоохранения СССР и Государственным комитетом СССР по труду и социальным вопросам.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* В дальнейшем для краткости "врачи-эксперты".

10. Инспекция (управление) госстраха должна в случае необходимости предоставлять ВСЭК (врачу-эксперту) стетофонендоскоп, сантиметровую ленту, халаты и др. Это имущество является собственностью страховой организации и возвращается ей в случае смены состава ВСЭК или ее расформирования.

11. Освидетельствование застрахованных должно проводиться в оборудованных врачебных кабинетах, обеспечивающих нормальные условия для проведения этой работы, в наиболее удобно территориально расположенных лечебно-профилактических учреждениях.  
  
Порядок выделения органами здравоохранения врачебных кабинетов для проведения освидетельствований застрахованных утвержден приказом Минздрава СССР от 16 декабря 1982 года N 1234 "О государственном добровольном личном страховании".  
  
Проводить освидетельствование застрахованных в служебном помещении инспекции или управления госстраха разрешается лишь при условии, если оно соответствующим образом оборудовано - имеется отдельная комната, рабочий стол для членов ВСЭК, стулья, кушетка, ширма, умывальник, а также место для ожидания и раздевалка.  
  
На здании, в котором работает ВСЭК, обязательно должна быть вывеска, образец которой приведен в [приложении N 2](http://docs.cntd.ru/document/901928439).

12. Дни и часы работы ВСЭК (врача-эксперта) должны устанавливаться управлением (инспекцией) госстраха с таким расчетом, чтобы **исключить освидетельствование застрахованных в их рабочее время**.  
  
На двери кабинета, в котором работает ВСЭК (врач-эксперт), должна быть табличка с указанием дней и часов ее работы. Образец такой вывески приведен в [приложении N 3](http://docs.cntd.ru/document/901928439). В зависимости от количества застрахованных, направленных на освидетельствование, продолжительность работы ВСЭК (врача-эксперта) может быть от одного до трех часов. Поскольку в среднем в час ВСЭК (врач-эксперт) должна освидетельствовать не более 10 человек, на одно заседание не разрешается назначать более 30 человек. Однако все застрахованные, явившиеся па ВСЭК (к врачу-эксперту), независимо от их числа, должны быть освидетельствованы. В приглашении на освидетельствование должны быть точно указаны дата и время явки на ВСЭК (к врачу-эксперту).  
  
Главные управления и управления государственного страхования обязаны снабжать инспекции госстраха почтовыми открытками установленного образца для приглашения застрахованных на освидетельствование во ВСЭК или к врачу-эксперту ([приложение N 4](http://docs.cntd.ru/document/901928439)).

13. ВСЭК (врач-эксперт) обязана принимать застрахованных строго в порядке очередности, с учетом времени, указанного в приглашении на освидетельствование. Застрахованные, опоздавшие на освидетельствование к установленному для них времени, принимаются ВСЭК после других лиц, явившихся на освидетельствование своевременно. Контроль за очередностью освидетельствования осуществляет регистратор комиссии.  
  
**Примечание**. Вне очереди освидетельствуются инвалиды и участники Великой Отечественной войны, Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, лица, награжденные орденами Славы трех степеней.  
  
Застрахованные, находящиеся в состоянии опьянения, ВСЭК (врачом-экспертом) не освидетельствуются, о чем делается соответствующая запись в журнале ф. N 197 и в акте ф. N 176. Эти застрахованные назначаются на следующее заседание ВСЭК (к врачу-эксперту). Дела застрахованных, не явившихся на врачебно-страховую экспертизу в назначенный им день, председатель ВСЭК (врач-эксперт) обязан по истечении 7 дней со дня назначенного освидетельствования возвратить управлению (инспекции) госстраха для посылки повторного приглашения.

14. При проведении освидетельствования члены ВСЭК (врач-эксперт) должны проявлять по отношению к застрахованным чуткость, внимание, соблюдать врачебную этику, не критиковать содержание медицинских документов и т.д.

15. Присутствие третьих лиц (за исключением работников инспекций, управлений и главных управлений государственного страхования при проверке ими работы ВСЭК и врача-эксперта) во время освидетельствования застрахованных не допускается. Однако освидетельствование застрахованных детей в возрасте до 16 лет должно производиться в присутствии одного из родителей или родственника ребенка.

16. Освидетельствование застрахованных ВСЭК (врачом-экспертом) проводится только при наличии следующих документов:  
  
**заявления** страхователя с изложением обстоятельств, при которых получена травма (ф. N 50);  
  
**выписок** из медицинской карты стационарного или амбулаторного больного, истории развития ребенка\* по установленной форме, подтверждающих факт получения застрахованным травмы в период действия договора страхования;  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Приведены названия амбулаторной карты и истории болезни, утвержденные Министерством здравоохранения СССР. В дальнейшем для краткости перечисленные документы будут именоваться "медицинские документы"  
  
  
**первичных и контрольных рентгенограмм**, если они были сделаны в связи с данной травмой.  
  
Эти документы должны представляться ВСЭК инспекцией (управлением) госстраха \*.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Страховые свидетельства не представляются. Отметка о видах, сроках страхования и страховой сумме делается инспекцией госстраха на 1-й странице акта освидетельствования (при условии, что договор страхования действовал на момент заявленной травмы).

17. Первичное освидетельствование застрахованных производится:  
  
а) **не ранее чем через 1 месяц** **со дня травмы** (независимо от того, закончено лечение или нет) - при удалении в результате травмы какого-либо органа или части его (например, ампутации конечности на разных уровнях, в том числе пальца или его фаланги, удалении глаза, почки и т.п.), полной утрате функции поврежденного органа (например, спинного мозга, обоих глаз и т.п.);  
  
б) **не ранее чем через 3 месяца** **со дня травмы** (независимо от того, закончено лечение или нет) - во всех остальных случаях при переломах, вывихах костей, ранениях, травме центральной или периферической нервной системы, повреждениях мягких тканей и т.п.). Однако до снятия гипсовой повязки освидетельствование не производится.  
  
Если страхователь обратился с заявлением об освидетельствовании по поводу **травмы опорно-двигательного аппарата** до снятия гипсовой повязки, окончания лечения или с просьбой выплатить страховую сумму без освидетельствования, инспекция госстраха должна получить медицинские документы и рентгенограммы. На рентгенограммах должны быть указаны фамилия, инициалы и возраст застрахованного, а также дата и номер. Все полученные документы инспекция должна направить на заключение председателю ВСЭК или врачу-эксперту управления госстраха, если в инспекции нет ВСЭК.  
  
Председатель ВСЭК или врач-эксперт управления госстраха обязаны дать по представленным документам свое заключение и оформить его на бланке установленной формы (ф. N 142, [приложение N 5](http://docs.cntd.ru/document/901928439)). В этих случаях процент утраты общей трудоспособности (расстройства здоровья у ребенка) определяется по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы процентов утраты общей трудоспособности в результате различных травм, предусмотренных правилами личного страхования и полученных в период действия договора страхования"\*.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* В дальнейшем названная таблица для краткости будет именоваться "таблица".  
  
  
В том случае, если это решение является **окончательным**, страхователь ставится об этом в известность письменно, если же решение было **предварительным**, то страхователю сообщается, что он может пройти освидетельствование не ранее двух месяцев после снятия гипсовой повязки, но не позднее года со дня травмы.  
  
Врач-эксперт управления (председатель ВСЭК) должен иметь в виду, что по обязательному страхованию пассажиров и страхованию от несчастных случаев рабочих и служащих за счет предприятий, учреждений и организаций процент утраты общей трудоспособности по графе 4 "Таблицы" не определяется, поскольку страховая сумма в таких случаях не выплачивается.

18. Если застрахованный по состоянию здоровья, в связи с последствиями тяжелой травмы (ампутация обеих нижних или верхних конечностей, одной верхней и одной нижней конечности, тяжелая травма головного или спинного мозга с параличами, слепота обоих глаз) или в связи с длительным пребыванием на стационарном лечении не может в установленные сроки самостоятельно явиться во ВСЭК (к врачу-эксперту), освидетельствование должно быть проведено у него на дому или в стационаре лечебно-профилактического учреждения, где он находится на лечении, одним из членов ВСЭК (врачом-экспертом), которым составляется и подписывается акт освидетельствования. В этом случае на акте делается пометка "на дому" или "в лечебном учреждении". Застрахованные, находящиеся в бессознательном, крайне тяжелом, преагональном и агональном состоянии, освидетельствованию не подлежат.

III. Экспертиза последствий различных травм

1. Общие положения

19. Перед освидетельствованием застрахованного члены ВСЭК (врач-эксперт) должны ознакомиться с представленными медицинскими документами с тем, чтобы установить, имела ли место травма, была ли она получена в период страхования и подтверждена ли она медицинскими документами, т.е. имеется ли в них описание объективных данных (клинических, рентгенологических, лабораторных и т.д.), характерных для вида повреждения и соответствующих дате травмы.  
  
Председатель ВСЭК (врач-эксперт) должен проверить, из всех ли лечебно-профилактических учреждений, в которых лечился застрахованный по поводу данной травмы, получены медицинские документы, а также убедиться, что эти документы не содержат неоговоренных исправлений и противоречивых сведений, подписаны заместителем главного врача по лечебной части (заведующим отделением), лечащим врачом и заверены печатью лечебно-профилактического учреждения.  
  
**Примечание.** Если факт получения травмы в период действия данного договора страхования не подтверждается медицинскими документами, делается соответствующая запись в акте ф. N 176, а документы возвращаются инспекции (управлению) госстраха.

20. Освидетельствование застрахованного должно начинаться с опроса, в процессе которого выясняются необходимые для проведения экспертизы сведения: когда, где и при каких обстоятельствах была получена травма, в какое лечебное учреждение застрахованный впервые обратился или куда был доставлен в связи с данной травмой и где лечился в дальнейшем. Затем необходимо выяснить основные жалобы застрахованного в связи с перенесенной им травмой. Полученные в ходе опроса сведения заносятся в п.1 и 3 акта ф. N 176. Затем ВСЭК. приступает к освидетельствованию застрахованного с учетом указаний, содержащихся в соответствующих разделах настоящей инструкции.  
  
Описание объективных данных должно быть подробным и полно отражать наличие или отсутствие патологических изменений, наступивших в результате перенесенной застрахованным травмы.  
  
При исследовании одного из парных органов (верхней или нижней конечности, глаза, уха) описание объективных данных обязательно должно проводиться при сопоставлении его с неповрежденным органом. Предварительно ВСЭК (врач-эксперт) должна убедиться, что второй орган не изменен в результате перенесенных ранее травм или заболеваний. Если же парный орган был изменен ранее, исследование проводится без их сопоставления. Об этом делается соответствующая отметка в акте ф. N 176.  
  
Объективные данные, установленные при освидетельствовании, описываются в п.4 акта ф. N 176.  
  
Представленные ВСЭК (врачу-эксперту) рентгенограммы должны быть изучены и описаны в акте ф. N 176 независимо от того, имеется ли их описание в медицинских документах и совпадает ли оно с мнением ВСЭК (врача-эксперта). При этом, если ВСЭК (врач-эксперт) пришла к выводу, что эти рентгенограммы не подтверждают диагноз лечебно-профилактического учреждения, они должны быть направлены вместе с медицинскими документами и актом ф. N 176 инспекции (управлению) госстраха для получения заключения консультанта-рентгенолога.  
  
В этом случае в п.5 акта ф. N 176 делается запись "Документы и рентгенограммы направлены на консультацию". Акт подписывается всеми членами ВСЭК. В дальнейшем заключение дает врач-эксперт управления государственного страхования без возврата документов ВСЭК. Председатель ВСЭК ставится в известность о принятом управлением решении.  
  
В дальнейшем рентгенограммы должны быть возвращены лечебно-профилактическому учреждению, в котором они были сделаны. Страхователю рентгенограммы возвращаются только в том случае, если они были им представлены без запроса страховых органов. О возврате рентгенограмм должна быть сделана соответствующая отметка в акте освидетельствования (ф. N 176).  
  
Если по какой-либо причине рентгенограммы ВСЭК (врачу-эксперту) не представлены, об этом следует сделать отметку в п.4 акта ф. N 176. Переписывать из медицинских документов заключение по рентгенограммам не разрешается. В случае необходимости ВСЭК (врач-эксперт) может направить застрахованного на контрольное рентгенологическое исследование.  
  
**Примечание**. Во всех случаях, когда освидетельствование проходят страховые или медицинские работники, или травма получена застрахованным в первые дни после вступления договора страхования в силу, рентгенограммы остаются в деле до принятия управлением госстраха решения о возможности выплаты страховой суммы.

21. В том случае, если застрахованный представил ВСЭК (врачу-эксперту) медицинские документы с заключениями специалистов или данными дополнительных исследований, содержащиеся в них сведения следует записать в п.4 акта ф. N 176.

22. При проведении освидетельствования ВСЭК (врач-эксперт) должна установить, вызвала ли перенесенная застрахованным травма нарушение функции поврежденного органа или после проведенного лечения его функция восстановилась.  
  
Если в ходе освидетельствования устанавливаются функциональные нарушения, наступившие как прямое последствие травмы, полученной в период страхования, ВСЭК (врач-эксперт) определяет степень их выраженности и описывает в п.4 акта ф. N 176. На основании результатов освидетельствования ВСЭК выносит заключение, которое отражает в п.5 акта ф. N 176.

23. Врач-эксперт не выносит заключение по результатам освидетельствования и п.5 не заполняет, а также не устанавливает и не указывает в акте процент утраты застрахованным общей трудоспособности. В этих случаях заключение по результатам освидетельствования выносит врач-эксперт управления госстраха. Однако, если инспекции госстраха предоставлено право самостоятельно выплачивать страховые суммы в связи с утратой застрахованными общей трудоспособности, врач-эксперт обязан вынести заключение о последствиях травмы и установить процент утраты общей трудоспособности, соответствующим образом оформив акт освидетельствования.

24. Если инспекции госстраха, имеющей ВСЭК, не предоставлено право самостоятельно выплачивать страховые суммы, то заключение ВСЭК проверяется врачом-экспертом управления госстраха. Заключение ВСЭК проверяется также врачом-экспертом управления госстраха и в том случае, если страховая сумма, подлежащая выплате, превышает установленный для инспекции госстраха лимит.

25. В зависимости от степени выраженности патологических изменений, наступивших только в результате данной травмы, устанавливается размер постоянной утраты общей трудоспособности (в процентах) по статьям "Таблицы".  
  
**Примечание**. Под постоянной утратой общей трудоспособности (стойким расстройством здоровья у детей) понимается предусмотренное "Таблицей" нарушение функции поврежденного в результате травмы органа, объективно установленное при освидетельствовании.  
  
Если ВСЭК (врач-эксперт) пришла к выводу, что перенесенная застрахованным травма не повлекла за собой функциональных нарушений и утрата общей трудоспособности была временной, то в случаях, предусмотренных "Таблицей", определяется процент утраты общей трудоспособности по гр.4 соответствующей статьи.  
  
Если же будет установлено, что функция органа была нарушена ранее в результате какого-либо заболевания, врожденной патологии или травмы, полученной до заключения договора страхования, ВСЭК (врач-эксперт) должна учитывать это при вынесении экспертного решения.  
  
При этом, если в медицинских документах имеется только указание об имевшемся ранее нарушении функции органа (например, об ограничении подвижности позвоночника, движений в суставе и т.п.), но степень ее установить не представляется возможным, условно считается, что она была нарушена умеренно и из этого предположения следует исходить при вынесении решения о последствиях травмы, полученной в период страхования. Если же в медицинских документах имеется указание о степени нарушения функции органа до данной травмы, определение процента утраты общей трудоспособности проводится с учетом этого обстоятельства. В акте освидетельствования ВСЭК (врач-эксперт) должна указать, ухудшилось ли (и в какой степени) состояние функции органа, или перенесенная застрахованным травма не повлекла за собой патологических изменений.

26. Экспертное решение по результатам освидетельствования принимается всем составом ВСЭК и записывается в п.5 акта освидетельствования (ф. N 176). Председатель и члены ВСЭК несут ответственность за правильность и обоснованность вынесенного заключения. Если председатель или отдельные члены ВСЭК не согласились с другими членами комиссии, они должны письменно изложить свое мнение и приложить его к акту освидетельствования. В таком случае заключение по делу дает врач-эксперт управления госстраха.

27. В тех случаях, когда договоры страхования были заключены страхователем в различных инспекциях госстраха и решение о возможности выплаты страховой суммы в связи с перенесенной травмой принимается различными управлениями госстраха, управлению, направившему запрос, высылаются заверенные врачом-экспертом и начальником отдела выплат этого управления копии медицинских документов и акта освидетельствования. На направляемых документах должна ставиться печать.  
  
ВСЭК (врач-эксперт), освидетельствуя застрахованного, получившего травму, по поручению страховых органов другой области или республики, не заполняет п.5 акта освидетельствования и не устанавливает процент утраты общей трудоспособности. В этом случае врач-эксперт управления госстраха проверяет полноту и правильность оформления документов, после чего они высылаются в управление госстраха, которое должно рассматривать вопрос о выплате страховой суммы.  
  
ВСЭК (врач-эксперт) не устанавливает также процент утраты (постоянной утраты) общей трудоспособности по страхованию от несчастных случаев рабочих и служащих за счет предприятий, учреждений и организаций.

28. Если при первичном освидетельствовании установлено, что болезненный процесс не закончен, не наступила консолидация перелома, запланировано оперативное или консервативное лечение, застрахованный назначается на повторное освидетельствование не ранее чем через 3 месяца после первичного, но не позднее года со дня травмы. Срок повторного освидетельствования назначается с учетом последствий и осложнений травмы, а также планируемого лечения. Предварительно следует получить выписки из медицинских документов за период лечения с момента оформления предыдущих выписок до повторного освидетельствования.  
  
В таких случаях процент утраты общей трудоспособности устанавливается предварительно по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы". Если для имеющегося повреждения процент утраты общей трудоспособности графой 4 не предусмотрен, предварительно он определяется в размере, установленном для легкой степени функциональных нарушений. Одновременно страхователь должен быть письменно поставлен в известность о том, что это решение является предварительным, а окончательное будет принято после повторного освидетельствования. В этом же письме следует указать срок повторного освидетельствования.

29. Если при первичном освидетельствовании будет установлено, что лечение закончено, но имеется умеренное нарушение функции поврежденного органа, ВСЭК (врачом-экспертом) принимается **окончательное** решение. Если же при освидетельствовании, произведенном **до истечения 6 месяцев** со дня травмы, будет установлено **значительное** или **резкое**нарушение функции, процент утраты общей трудоспособности определяется предварительно по графе 4 статьи "Таблицы" и назначается повторное освидетельствование соответственно не ранее 6 или 9 месяцев после травмы. В тех случаях, когда при проведении первичного освидетельствования **через 6 месяцев** после травмы, установлено **значительное нарушение функции** поврежденного органа ВСЭК (врачом-экспертом) принимается окончательное решение, если же будет установлено, что функция органа нарушена резко, принимается решение о предварительной выплате по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы" с переосвидетельствованием по истечении 9 месяцев, но не позднее года со дня травмы.  
  
Если первичное освидетельствование проводится через 9 месяцев после травмы, по его результатам принимается окончательное решение.

2. Экспертиза последствий травмы центральной и периферической нервной системы

30. Освидетельствование застрахованных, перенесших травму центральной или периферической нервной системы, клещевой энцефалит (клещевой энцефаломиелит), случайное острое отравление нейротропными ядами, поражение электротоком\*, полиомиелит, проводится с обязательным участием невропатолога. Если в составе ВСЭК врач такой специальности отсутствует (или врач-эксперт инспекции госстраха не является невропатологом), освидетельствование проводится только при наличии заключения невропатолога о состоянии нервной системы на день освидетельствования.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* В дальнейшем все поражения головного мозга для краткости будут именоваться "черепно-мозговая травма".

31. Диагноз черепно-мозговой травмы (сотрясения, ушиба головного мозга, перелома костей черепа, внутричерепных гематом и кровоизлияний и др.) признается только в том случае, если он подтвержден объективными данными, характерными для этого вида повреждения, а в случае перелома костей черепа - рентгенограммами. Однако следует иметь в виду, что поскольку переломы основания черепа в ряде случаев не подтверждаются рентгенологическими данными, основанием для установления этого вида тяжелой черепно-мозговой травмы является определенный симптомокомплекс.

32. Факт черепно-мозговой травмы у лиц, страдающих органическим поражением головного мозга и его оболочек (арахноидит, энцефалит, эпилепсия, острое и хроническое нарушение мозгового кровообращения, опухоль и др.) или перенесших ранее черепно-мозговую травму, признается только в том случае, если он подтвержден объективными неврологическими признаками, возникшими в результате данной травмы и не имевшимися ранее, а также данными специальных исследований (рентгенологических, инструментальных, лабораторных, пневмоэнцефалографии, эхоэнцефалографии и др.).  
  
Следует проводить разграничение остаточных явлений перенесенной застрахованным черепно-мозговой травмы и сходных симптомов, характерных для ряда заболеваний (вегетососудистой дистонии, тиреотоксикоза, алкоголизма, наркомании и др.).

33. Нарушения психики, а также наличие и частота эпилептических припадков принимаются во внимание только в том случае, если они подтверждены медицинским учреждением, наблюдавшим застрахованного. В необходимых случаях должно быть получено заключение психиатра.  
  
В тех случаях, когда в результате случайного острого отравления, заболевания клещевым энцефалитом (энцефаломиелитом), полиомиелитом, поражения электротоком у застрахованного наступили патологические изменения со стороны центральной или периферической нервной системы, процент утраты общей трудоспособности определяется по ст.1-11 "Таблицы".

34. Если черепно-мозговая травма осложнилась арахноидитом, арахноэнцефалитом, диэнцефальными кризами, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется с учетом клинических проявлений этих осложнений по соответствующим статьям (1-4) "Таблицы".

35. При **снижении остроты зрения** или **понижении слуха** в результате тяжелой черепно-мозговой травмы определение процента утраты общей трудоспособности производится отдельно по соответствующим статьям "Таблицы" в зависимости от патологических изменений со стороны центральной нервной системы, а также органов зрения и слуха путем суммирования. Причинная связь снижения остроты зрения или понижения слуха с черепно-мозговой травмой должна быть подтверждена медицинскими документами и заключениями специалистов.  
  
**Примечание**. Если, в результате перелома основания черепа произойдет разрыв барабанной перепонки, но слух не ухудшится, ст.32 не применяется.

36. В тех случаях, когда последствия черепно-мозговой травмы, установленные при освидетельствовании, дали основание для определения процента утраты общей трудоспособности по ст.2 или 3, а в дальнейшем застрахованный получил повторную черепно-мозговую травму (перелом костей черепа, внутричерепные кровоизлияния и гематомы, ушиб головного мозга), последствия повторного повреждения определяются в зависимости от развития новых патологических изменений. В тех случаях, когда установленный в связи с повторной травмой процент утраты общей трудоспособности превышает процент, определенный ранее в связи с предыдущей травмой, окончательный процент устанавливается как их разница. Если повторная черепно-мозговая травма не повлекла за собой развития новых патологических изменений ко дню освидетельствования, утрата общей трудоспособности определяется по ст.3а (10%).

37. Ушиб головы (с повреждением или без повреждения мягких тканей), не вызвавший патологических изменений со стороны центральной нервной системы, не дает оснований для установления процента утраты общей трудоспособности.

38. В тех случаях, когда в результате травмы произошло полное нарушение (перерыв) анатомической целости спинного мозга с развитием параличей, грубых нарушений чувствительности и движений в конечностях, резких нарушений трофики и функции тазовых органов, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется при **первичном**освидетельствовании, проводимом после получения заявления страхователя и необходимых медицинских документов.  
  
Расстройство функции тазовых органов, возникшее в результате травмы центральной нервной системы, принимается во внимание только в том случае, если оно подтверждено медицинскими документами.

3. Экспертиза последствий травмы органа зрения

39. Вопрос о последствиях перенесенной застрахованным травмы органа зрения решается врачом-экспертом управления госстраха (глазной ВСЭК) при наличии сведений об остроте зрения обоих глаз до и не ранее чем через 3 месяца после травмы. Эти сведения могут быть получены инспекцией (управлением) госстраха в лечебном учреждении, в котором застрахованный находится или находился на учете (по месту жительства или работы), в военкомате (в отношении военнообязанных лиц) и в специализированной глазной ВТЭК, если застрахованный туда направлялся ранее.

40. Процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется в зависимости от снижения остроты зрения травмированного глаза по ст.24 "Таблицы". Во внимание принимается острота зрения этого глаза до и после травмы **без учета коррекции.**  
  
**Примечание**. Если в результате перенесенной застрахованным травмы органа зрения бывшая **ранее коррекция** зрения **стала невозможной**, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется с учетом разницы между остротой зрения до травмы с коррекцией и остротой зрения после травмы, когда коррекция стала невозможна.

41. В тех случаях, когда в лечебно-профилактических учреждениях, в которых обычно наблюдается застрахованный, или в военкомате отсутствуют сведения об остроте зрения обоих глаз до травмы, при определении процента утраты общей трудоспособности условно следует считать, что она была равна 1,0.  
  
При травме глазного яблока и придатков глаза определение процента утраты общей трудоспособности проводится отдельно по соответствующим статьям "Таблицы" и результат суммируется.

42. Снижение остроты зрения в результате отслойки сетчатки признается страховым случаем только при условии, если она является результатом **прямой травмы** глаза, подтвержденной объективными данными при первичном обращении за врачебной помощью (ушиб с кровоизлиянием в среды глаза, проникающее ранение глазного яблока, перелом орбиты и т.д.). При отслойке сетчатки, возникающей при поднятии тяжести, резком движении, ушибе какого-либо участка тела, - процент утраты общей трудоспособности **не устанавливается**.

43. Если в результате травмы одного глаза произошло снижение зрения другого глаза в результате его симпатического воспаления и это подтверждается заключением специалиста, процент утраты общей трудоспособности определяется (не ранее чем через 9 месяцев после травмы) с учетом снижения зрения каждого глаза и результат суммируется. В тех случаях, когда застрахованный в связи с заболеванием глаз был оперирован и производилась имплантация хрусталика, а в дальнейшем в результате травмы наступило его смещение (вывих) - процент утраты общей трудоспособности не определяется. Однако, если в результате травмы повторная имплантация хрусталика окажется невозможной, утрата общей трудоспособности определяется в размере 5% по ст.20.

44. При удалении в результате травмы глазного яблока утрата общей трудоспособности определяется с учетом потери зрения этого глаза, кроме этого, дополнительно в связи с косметическим дефектом устанавливается 10% утраты общей трудоспособности. В таком же размере (10%) выплачивается страховая сумма при удалении или сморщивании (атрофии, субатрофии) глазного яблока (зрение которого было утрачено ранее) в результате травмы, происшедшей в период действия договора страхования (ст.22).

4. Экспертиза последствий травмы органа слуха

45. Решение о последствиях травмы органа слуха принимается врачом-экспертом управления госстраха на основании заключения специалиста (отоларинголога), данного не ранее, чем по истечении трех месяцев после травмы. В заключении специалиста должны содержаться объективные данные, характеризующие последствия травмы, а также сведения о состоянии слуха на день освидетельствования. Кроме этого, необходимы данные о состоянии слуха у застрахованного до травмы.  
  
В тех случаях, когда из медицинских документов будет известно, что слух был снижен ранее в связи с травмой или заболеванием уха, а в результате травмы в период действия договора страхования он еще более ухудшился, процент утраты общей трудоспособности определяется с учетом наступившего ухудшения.

46. Если слух поврежденного уха до травмы установить не представляется возможным, он**условно считается нормальным**.  
  
При травме органа слуха с повреждением ушной раковины застрахованные подлежат освидетельствованию ВСЭК (врачом-экспертом) при наличии заключения отоларинголога о состоянии слуха до и после травмы. Последствия повреждений (ранений, ожогов, отморожений) ушных раковин учитываются отдельно по соответствующим статьям "Таблицы".

5. Экспертиза последствий травмы

дыхательной системы

47. В тех случаях, когда перелом костей носа повлек за собой нарушение косметики лица, процент утраты общей трудоспособности устанавливается по ст.37 и 75 и результат суммируется.

48. Застрахованные, получившие травму гортани или трахеи, на освидетельствование не направляются. Решение о последствиях таких травм принимается врачом-экспертом управления госстраха на основании заключения специалиста (отоларинголога, терапевта), освидетельствовавшего застрахованного не ранее, чем через три месяца после травмы. Однако, если в районе нет такого специалиста, застрахованные направляются на освидетельствование во ВСЭК (к врачу-эксперту), которая должна при определении последствий травмы провести функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой.  
  
При этом следует иметь в виду, что в норме частота дыханий после дозированной нагрузки (5-10 приседаний) восстанавливается через 1-2 минуты. Если же при освидетельствовании застрахованных, перенесших травму гортани или трахеи, определяется осиплость, шумные вдох и выдох в покое, а небольшая физическая нагрузка вызывает нарушение (учащение) дыхания и участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, имеются основания для вывода о нарушении функции поврежденного органа.

49. Определение процента утраты общей трудоспособности в связи с переломом ребер проводится с учетом их количества по ст.44.  
  
При повторном переломе ребра процент утраты общей трудоспособности определяется на общих основаниях (ст.44), но только в том случае, если он бесспорно подтвержден данными рентгенологического исследования. Если **ранее в связи с переломом** этого же ребра**устанавливался процент** утраты общей трудоспособности, он **не вычитается**.  
  
Установление процента утраты общей трудоспособности при повторных переломах одного и того же ребра проводится с учетом факта каждой травмы и **результат суммируется.**

50. Если в результате перелома ребер возникло повреждение плевры или легкого с развитием посттравматической пневмонии, экссудативного плеврита, гемоторакса, пневмоторакса и др. без нарушения функции органов дыхания и деформации грудной клетки на день освидетельствования, определение процента утраты общей трудоспособности проводится по двум статьям "Таблицы" в зависимости от числа поврежденных ребер и остаточных явлений перенесенного осложнения путем суммирования.  
  
Посттравматическая пневмония, развившаяся в результате повреждения грудной клетки и ее органов, признается только в том случае, если она развилась в течение 10 дней после травмы или проведенной в связи с ней операции.

6. Экспертиза последствий травмы

сердечно-сосудистой системы

51. Освидетельствование застрахованных, перенесших травму сердца, его оболочек, аорты, крупных магистральных и периферических сосудов, проводится ВСЭК (врачом-экспертом) при наличии заключения специалиста о последствиях перенесенного повреждения.

52. В том случае, когда застрахованный перенес травму сердца и его оболочек (ранение, сдавление, электротравму, токсическое поражение при случайном остром отравлении и др.), повлекшую за собой нарушение сердечной деятельности, при освидетельствовании учитываются данные электрокардиограмм, произведенных непосредственно после травмы и перед освидетельствованием. Определение последствий повреждения сердца и его оболочек производится с учетом степени выраженности наступившей сердечно-сосудистой или сердечно-легочной недостаточности.

53. В ходе освидетельствования застрахованных, перенесших повреждение крупных периферических сосудов, ВСЭК (врач-эксперт) должна описать установленные патологические изменения, явившиеся последствием этой травмы: отечность, синюшность, ослабление пульсации, трофические нарушения, лимфостаз, если они имеются.  
  
В тех случаях, когда при повреждении крупного магистрального или периферического сосуда наступит резкое нарушение функции разных отделов конечности (резкие нарушения трофики, резкое ограничение движений в суставах), ВСЭК (врач-эксперт) при принятии окончательного решения **через 9 месяцев** после травмы дает заключение о функциональной потере конечности. Если освидетельствование застрахованного проведено ранее этого срока, утрата общей трудоспособности определяется **предварительно** по ст.49 или 51.  
  
При одновременном повреждении крупных периферических сосудов и нервных стволов одного органа с последующим нарушением его функции утрата общей трудоспособности определяется с учетом наиболее выраженных патологических изменений по **одной** статье "Таблицы".  
  
**К крупным магистральным** сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов.  
  
**К крупным периферическим** сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии до уровня верхней трети предплечья, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии до уровня верхней трети голени, плечеголовные, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены.  
  
Приведенный перечень сосудов расширительному толкованию не подлежит.  
  
В тех случаях, когда повреждение крупных магистральных и периферических сосудов повлекло за собой нарушение функции питаемых ими органов, утрата общей трудоспособности определяется в зависимости от установленных последствий перенесенной травмы по соответствующим статьям "Таблицы".

7. Экспертиза последствий травмы пищеварительной системы

54. При потере или переломе молочных зубов у детей процент стойкого расстройства здоровья определяется только в том случае, если по заключению стоматолога травмированный молочный зуб в дальнейшем не будет заменен постоянным. Такое решение может быть принято не ранее чем через 9 месяцев со дня травмы и с учетом возраста ребенка.  
  
Следует иметь в виду, что молочные зубы прорезываются в норме в следующие сроки:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| резцы центральные | - на | 6-8 месяце |
| резцы боковые | - на | 8-12 месяце |
| клыки | - на | 16-20 месяце |
| большие коренные (моляры) первые | - на | 12-16 месяце |
| большие коренные (моляры) вторые | - на | 20-30 месяце |

Молочные зубы принято обозначать римскими цифрами:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| верхний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | верхний |
| правый | - | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | - | левый |
| ряд |  | | | | | | | | | | | | ряд |
| нижний |  | | | | | | | | | | | | нижний |
| правый | - | V | IV | III | II | I | I | II | III | IV | V | - | левый |
| ряд |  | | | | | | | | | | | | ряд |

Прорезывание постоянных зубов происходит вслед за рассасыванием корней молочных и их выпадением. Средние сроки прорезывания постоянных зубов следующие:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| резцы центральные | - | 7-8 лет |
| резцы боковые | - | 8-9 лет |
| клыки | - | 10-13 лет |
| малые коренные (премоляры) первые | - | 9-10 лет |
| малые коренные (премоляры) вторые | - | 11-12 лет |
| большие коренные (моляры) первые | - | 5-6 лет |
| большие коренные (моляры) вторые | - | 12-13 лет |
| большие коренные (моляры) третьи | - | 20-25 лет и позднее. |

Постоянные зубы обозначаются клинической формулой, из которой следует, что каждый зуб верхней и нижней челюсти справа и слева имеет свой порядковый номер от средней линии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| верхний |  | верхний |
| правый | - 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 - | левый |
| ряд |  | ряд |
| нижний |  | нижний |
| правый | - 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 - | левый |
| ряд |  | ряд |

Если по заключению стоматолога вывихнутые в результате травмы и имплантированные затем зубы удалены с целью протезирования, то процент утраты общей трудоспособности определяется по ст.58 в зависимости от количества поврежденных зубов.

55. Если в связи с травмой органов пищеварительной системы оперативное вмешательство не проводилось, застрахованные освидетельствованию ВСЭК (врачом-экспертом) не подлежат.  
  
В таких случаях врачебно-страховая экспертиза проводится врачом-экспертом управления госстраха на основании выписок из медицинских документов и заключения врача-специалиста (отоларинголога, хирурга).

56. В тех случаях, когда сывороточный гепатит развился у застрахованного в связи с перенесенной травмой, процент утраты общей трудоспособности устанавливается в зависимости от того, оставило ли это заболевание после себя нарушение функции печени или прошло бесследно. Если при освидетельствовании будет установлено, что печень не увеличена и по заключению специалиста (терапевта, гепатолога) функциональных нарушений со стороны печени нет, утрата общей трудоспособности определяется по ст.64а (5%).

8 Экспертиза последствий травмы мочевыделительной и половой систем

57. Застрахованные, получившие **травму только мочевыделительной** или **половой системы**, освидетельствованию ВСЭК (врачом-экспертом) **не подлежат**. Врачебно-страховая экспертиза в таких случаях проводится врачом-экспертом управления госстраха на основании медицинских документов и заключения врача-специалиста (уролога, акушера-гинеколога).  
  
В определенных случаях решение о последствиях травмы половой системы может быть принято на основании заключения судебно-медицинского эксперта, если им производилось освидетельствование застрахованной (застрахованного).

58. Если при оперативном вмешательстве, проведенном в связи с травмой органов мочевыделительной, половой систем, будет установлено, что был поврежден болезненно измененный орган (почка, мочеточник, мочевой пузырь, яичник, матка и др.) и произведено частичное или полное его удаление, утрата общей трудоспособности устанавливается в размере 10% по ст.72а. В таких случаях необходимо получить протокол операции и данные гистологического исследования удаленного органа.

9. Экспертиза последствий

повреждений мягких тканей

59. При определении последствий повреждений мягких тканей (кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышц, сухожилий, фасций, надкостницы) ВСЭК (врач-эксперт) должна подробно описать наличие дефектов, уплотнений, утолщений в области связок, мышц, размер каждого рубца, его характер (плотность, подвижность, спаянность с окружающими тканями, трофические и воспалительные изменения), расположение и влияние на функцию органа.  
  
Определяя последствия повреждений мягких тканей лица, ВСЭК (врач-эксперт) должна иметь в виду, что процент утраты общей трудоспособности устанавливается только в том случае, если наличие на лице рубцов, обширных пигментных пятен повлекло за собой нарушение его косметики.

60. Площадь рубцов и пигментных пятен определяется в квадратных сантиметрах и процентах по отношению к поверхности тела человека.  
  
Поскольку площадь ладонной поверхности **кисти и пальцев** составляет около 1% поверхности тела исследуемого, для определения размера рубца или пигментного пятна в процентах следует его площадь в квадратных сантиметрах разделить на площадь ладонной поверхности кисти и пальцев. При этом следует указать площадь ладонной поверхности кисти и пальцев (в квадратных сантиметрах) в акте освидетельствования.   
  
**Примечание**. Площадь ладонной поверхности кисти определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III пальца, на ширину ее, измеряемую на уровне головок II-V пястных костей (без учета I пальца).   
  
При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.

10. Экспертиза последствий

травмы опорно-двигательного аппарата

61. Последствиями травмы опорно-двигательного аппарата могут быть: деформации костей и мягких тканей (искривления, укорочения, утолщения и др.), нарушения объема движений в суставах (тугоподвижность, контрактура, анкилоз, избыточная подвижность), нарушения статики, походки, отсутствие конечностей на различных уровнях, нагноительные процессы и трофические нарушения.

62. При проведении освидетельствований застрахованных, получивших травму опорно-двигательного аппарата, ВСЭК (врач-эксперт) должна описать:  
  
**внешние патологические изменения**, возникшие в результате данной травмы (отечность, деформацию, состояние кожи поврежденной области, рубцы, воспалительные или трофические изменения и др.);  
  
**результаты пальпаторного исследования** (уплотнения, дефекты, изменение температуры кожи, локальную болезненность, наличие жидкости в суставе и др.);  
  
**состояние мускулатуры** (гипотрофию, атрофию);  
  
**состояние функции исследуемых суставов** (тугоподвижность, контрактуру, с обязательным указанием ее характера, а там, где требуется, описанием объема движений в градусах, избыточную подвижность, разболтанность и др.);  
  
**функциональную пригодность** поврежденного органа.  
  
При проведении освидетельствования ВСЭК (врач-эксперт) должна установить, является ли деформация последствием травмы, полученной застрахованным в период действия договора страхования, или возникла в результате заболеваний и повреждений, не связанных с ней.  
  
Исследование суставов надо начинать с их осмотра, во время которого определяются внешние патологические изменения, возникшие в результате травмы: изменение конфигурации сустава, отечность, изменение цвета кожи. Определение объема движений в суставе следует проводить с исследованием активных (производимых застрахованным самостоятельно) и пассивных (производимых врачом без усилий со стороны исследуемого) движений. Объем движений в суставах определяется в градусах.  
  
**Примечания:**

1. Под **анкилозом** понимается **полная неподвижность** сустава в результате костного сращения суставных поверхностей. Этот диагноз должен быть подтвержден рентгенограммой.

2. **Контрактура** - ограничение движений в суставе. Она может быть вызвана патологическими изменениями в области сустава. В зависимости от объема движений в суставе следует различать контрактуры **умеренно, значительно или резко выраженные.** Для полной характеристики контрактуры следует не только определить объем движений в суставе, но и оценить ее с точки зрения влияния на функцию органа.  
  
**Исследование мышечной силы** проводится путем сравнения поврежденной и здоровой конечности.  
  
**Измерения** проводятся при помощи линейки, сантиметровой ленты, угломера с целью определить длину конечности или ее окружность на определенном уровне, размер рубцов, а также амплитуду движений в суставах.   
  
Опознавательными точками при сравнительном измерении служат костные выступы, которые необходимо указать, описывая длину измеряемого участка в акте освидетельствования.  
  
**Длина верхней конечности** или ее отделов измеряется между акромиальным отростком лопатки, локтевым отростком локтевой кости, шиловидным отростком локтевой кости.  
  
**Длина нижней конечности** и ее отделов измеряется между передней верхней остью подвздошной кости, большим вертелом бедренной кости, головкой малоберцовой кости или суставной щелью коленного сустава и внутренней лодыжкой.  
  
При измерении окружности конечности необходимо указать уровень, на котором оно произведено (верхняя, средняя, нижняя треть).  
  
Определение последствий различных повреждений костей и суставов проводится с учетом данных **рентгенологического исследования**.  
  
Определение функциональной способности травмированного органа проводится при выполнении человеком обычных для этого органа движений. Нарушение функции в результате травмы дает основание для установления процента постоянной утраты застрахованным общей трудоспособности (стойкого расстройства здоровья у детей).

63. ВСЭК (врач-эксперт) должна иметь в виду, что при патологических переломах процент утраты общей трудоспособности не определяется.

64. Если в связи с травмой протезированной культи нижней конечности дальнейшее протезирование стало невозможным, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется в таком же размере, как при ампутации на таком же уровне здоровой конечности.

65. При переломе культи, которая не могла быть протезирована по медицинским показаниям, утрата общей трудоспособности определяется в размере 5% по ст.175.

66. В тех случаях, когда травма привела к несросшемуся перелому, ложному суставу, посттравматическому остеомиелиту, трофическим нарушениям, процент утраты общей трудоспособности определяется по данным освидетельствования, проведенного **не ранее, чем через 9 месяцев** со дня травмы. При этом диагноз несросшегося перелома (ложного сустава) должен быть подтвержден данными клинического и рентгенологического исследования, проведенного накануне освидетельствования.  
  
Если первичное освидетельствование проведено ранее указанного срока, то, при наличии данной патологии, следует установить утрату общей трудоспособности в размерах, предусмотренных графой 4 соответствующей статьи "Таблицы" с одновременным назначением переосвидетельствования не ранее чем через 9 месяцев со дня травмы.

67. В тех случаях, когда в результате травмы наступило повреждение различных отделов одного органа, процент утраты общей трудоспособности определяется с учетом всех функциональных нарушений по соответствующим статьям "Таблицы" путем суммирования, однако он не должен превышать процента, устанавливаемого при полной потере данного органа.

68. Если при освидетельствовании по поводу повторных переломов или вывихов кости одной и той же или близкой локализации будет установлено, что нарушения функции органа не наступило, утрата общей трудоспособности определяется с учетом факта **каждой** травмы по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы". **Окончательный процент определяется суммированием.**  
  
В тех случаях, когда в результате одной травмы наступило нарушение функции поврежденного органа, а повторная травма этого же органа повлекла за собой развитие новых патологических изменений, процент утраты общей трудоспособности определяется по соответствующей статье "Таблицы" в зависимости от установленных при освидетельствовании после повторной травмы функциональных нарушений. Из этого процента **вычитается** процент постоянной утраты общей трудоспособности, установленный в связи с последствиями первой травмы.  
  
Если перенесенная застрахованным травма не повлекла за собой нарушения функции поврежденного органа, в связи с чем была установлена утрата общей трудоспособности по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы", а **повторная** травма вызвала нарушение функции этого органа, процент **постоянной утраты** общей трудоспособности определяется с учетом функциональных нарушений по соответствующей статье "Таблицы". При этом **ранее установленный** процент утраты общей трудоспособности **не вычитается**.  
  
Если по заключению ВСЭК (врача-эксперта) травма, полученная застрахованным, повлекла за собой резкое нарушение функции органа или развитие анкилоза, в связи с чем была установлена постоянная утрата общей трудоспособности, а в дальнейшем застрахованный получил перелом или вывих кости той же или близкой локализации, утрата общей трудоспособности определяется по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы".

Определение последствий травмы позвоночника

69. Определение последствий травмы позвоночника производится с учетом характера повреждения и функциональных нарушений, имеющихся на день освидетельствования.  
  
Нарушение функции позвоночника может выражаться в ограничении или избыточной подвижности всего позвоночного столба или его отделов (ограничение подвижности, отсутствие движений, нестабильность).  
  
В шейном отделе позвоночника в норме возможны следующие движения: сгибание, разгибание, наклоны в стороны и ротация. Амплитуда движений измеряется в градусах (от 0°).  
  
Характеристика движений в шейном отделе позвоночника приведена в следующей таблице:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Движения | В норме | Умеренное ограничение движений | Значительное ограничение движений | Резкое ограничение движений |
| Сгибание-разгибание | 30-35° | 20-25° | 10-15° | до 5° |
| Наклоны в стороны | 35-45° | 20-25° | 10-15° | до 5° |
| Ротация (повороты) | 55-60° | 35-45° | 20-30° | до 15° |

При **значительном** ограничении одного из видов движений и **умеренном** - других выносится заключение об умеренном нарушении функции позвоночника.  
  
При **резком** ограничении одного из видов движений и **умеренном** или **значительном** других - это ограничение расценивается как **значительное**.  
  
Измерение подвижности в грудном и поясничном отделах позвоночника проводится методом линейного измерения.  
  
Для измерения подвижности в грудном отделе на коже спины отмечается проекция остистого отростка VII шейного позвонка и на расстоянии примерно 30 см проекция остистого отростка одного из нижних грудных позвонков. При наклоне туловища вперед в норме это расстояние увеличивается на 7-8 см.  
  
Такое изменение расстояния между двумя опознавательными точками при сгибании и разгибании позвоночника является характеристикой его нормальной подвижности, а его уменьшение свидетельствует об ограничении движений.  
  
Для определения подвижности в **поясничном отделе** позвоночника на коже отмечается положение остистых отростков I и V поясничных позвонков. При наклоне вперед и нормальной подвижности в этом отделе позвоночника расстояние между опознавательными точками увеличивается на 4 см.  
  
Соответственно, при измерении подвижности в грудном и поясничном отделах позвоночника, на коже отмечается проекция остистых отростков VII шейного и V поясничного позвонков. При наклоне туловища вперед и нормальной подвижности в этих отделах позвоночника расстояние между указанными точками увеличивается на 10-12 см.  
  
Определение степени нарушения функции позвоночника в зависимости от нарушения подвижности грудного и поясничного отделов приведено в следующей таблице.

Характеристика движений в поясничном и грудном отделах

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Отдел позвоночника | Разность расстояний между двумя опознавательными точками в положении сгибания и разгибания в позвоночнике | | | |
|  | в норме, см | при умеренном ограничении движений, см | при значительном ограничении движений, см | при резком ограничении движений, см |
| В грудном отделе | 7-8 | 5-6 | 3-4 | 1-2 |
| В поясничном отделе | 4 | 3 | 2 | 1 |
| В грудном и поясничном отделах | 10-12 | 6-8 | 4-5 | 2-3 |

В тех случаях, когда из медицинских документов видно, что у застрахованного до травмы (перелома, вывиха позвонков) имелось заболевание позвоночника (остеохондроз, спондилез, спондилолиз, спондилолистез) или его деформация, утрата общей трудоспособности определяется с учетом имевшейся до травмы патологии. При этом, если по медицинским документам не представляется возможным установить степень нарушения функции позвоночника в связи с имевшимся ранее заболеванием, условно следует считать, что она была ранее нарушена умеренно.

70. Если в результате одной травмы наступят переломы тел, поперечных или остистых отростков позвонков, разрыв дисков и связочного аппарата, утрата общей трудоспособности определяется в зависимости от остаточных явлений перенесенного повреждения по ст.79-80. Ст.81 при этом не применяется.  
  
**Примечание**. Если переломы тел, дужек позвонков, поперечных или остистых отростков, разрывы связок или скелетных мышц наступили в результате непрямой травмы (поднятие тяжести), определение процента утраты общей трудоспособности производится на общих основаниях.

71. В тех случаях, когда имел место перелом или вывих позвонков, сопровождавшийся повреждением спинного мозга, определение процента утраты общей трудоспособности проводится с учетом патологических изменений как со стороны позвоночника, так и со стороны спинного мозга отдельно. Окончательный результат **суммируется**.

Определение последствий травмы верхних конечностей

72. Диагноз вывиха любой кости верхней конечности признается только в том случае, если он**подтвержден рентгеновским исследованием, проведенным до вправления.** В тех случаях, когда диагноз вывиха поставлен на основании только клинических признаков, а также если имеются сведения, что вывих был вправлен самим застрахованным или иным лицом (не в лечебном учреждении), утрата общей трудоспособности **не определяется.**  
  
При экспертизе последствий травмы пальцев кисти ВСЭК (врач-эксперт) должна определить характер и степень функциональных нарушений. При наличии **значительно** или**резко** выраженной **контрактуры**, а также анкилоза одного или нескольких суставов пальца следует учитывать функциональную пригодность пальца (функционально выгодное или невыгодное положение).

73. Под **значительной рубцовой деформацией** фаланги пальца кисти следует понимать наличие на ней **грубых**, **стягивающих** ткани **рубцов**.

74. Нарушение функции пальца или кисти в результате перенесенного панариция признается страховым случаем при условии, что со дня вступления договора страхования в силу до установления одной из форм этого заболевания прошло не **менее 10 дней.**  
  
**Примечание.** Под панарицием понимается гнойное воспаление пальца кисти. В тех случаях, когда лечебным учреждением устанавливается гнойное заболевание пальца (абсцесс, остеомиелит и т.п.), его следует рассматривать как панариций.  
  
Если костный или сухожильный панариций не повлек за собой деформации фаланг пальца или нарушения его функции, процент утраты общей трудоспособности устанавливается по ст.133. Диагноз костного панариция признается только в том случае, если он подтвержден рентгенограммой.   
  
В тех случаях, когда другие формы панариция не повлекли за собой выраженной деформации пальца или нарушения его функции, процент утраты общей трудоспособности не определяется.

75. Нарушение функции кисти в результате ее гнойного воспаления (абсцесса, флегмоны и др.) признается только в том случае, если это воспаление явилось осложнением травмы кисти, подтвержденной медицинскими документами, или следствием панариция.

76. Если в результате травмы наступило нарушение функции двух и более пальцев одной кисти, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по ст.131. В тех случаях, когда будет установлено, что движения в суставах этих пальцев нарушены в разной степени, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется с учетом наиболее выраженных функциональных нарушений по одному из подпунктов этой статьи.  
  
При ампутации двух или более пальцев одной кисти на различных уровнях процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по соответствующим статьям "Таблицы" (ст.113, 121, 124), однако в сумме этот процент не должен превышать процента, который может быть установлен при полной потере этих пальцев (ст.127, 128, 129).  
  
При отсутствии двух или более пальцев с пястными костями или частью их постоянная утрата общей трудоспособности, предусмотренная ст.127, 128, 129, увеличивается, независимо от количества пальцев, на 5% **однократно.** 

Определение последствий травмы таза и нижних конечностей

77. ВСЭК (врач-эксперт) должна иметь в виду, что при разрыве лонного или крестцово-подвздошного сочленения в результате родов процент утраты общей трудоспособности определяется на общих основаниях в зависимости от остаточных явлений перенесенного повреждения по ст.134-135.

78. Определение последствий перелома вертлужной впадины производится по ст.136-138, ст.134-135 при этом не применяются.  
  
**Примечание**. В тех случаях, когда в связи с травмой было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава, постоянная утрата общей трудоспособности определяется по ст.137б. Такое решение принимается в тех случаях, когда функция конечности после указанной выше операции окажется восстановленной, будет нарушена умеренно или значительно. Однако, если при освидетельствовании будет установлено, что имеется резко выраженная контрактура тазобедренного сустава, постоянная утрата общей трудоспособности определяется по ст.137-в.

79. Решение о "болтающемся коленном суставе" (ст.144) выносится при частичном или полном отсутствии суставных поверхностей дистального эпифиза бедра и проксимального эпифиза большеберцовой кости, подтвержденном данными рентгенологического исследования. При определении последствий разрыва связочного аппарата коленного сустава, повлекшего за собой избыточную подвижность в суставе, применяется ст.146.  
  
Определение подвижности в коленном суставе проводится с учетом объема движений (сгибание-разгибание), который определяется в градусах. В тех случаях, когда в результате травмы коленного сустава сгибание оказалось ограниченным **значительно**, а разгибание**умеренно** или сохранено в **полном объеме**, постоянная утрата общей трудоспособности определяется по ст.147а. При резком ограничении сгибания и умеренном ограничении разгибания постоянная утрата общей трудоспособности определяется по ст.147б.  
  
Проводя освидетельствование застрахованных, перенесших повреждение связок коленного сустава, BСЭК (врач-эксперт) должна иметь в виду, что утрата общей трудоспособности определяется только при разрыве связок (т.е. нарушении их анатомической целости), подтвержденном объективными данными, установленными как в лечебном учреждении, так и при проведении освидетельствования.  
  
Объективными признаками, характерными для разрыва или отрыва связок коленного сустава, являются: избыточная подвижность, отрывы костных фрагментов у места прикрепления связок и др. В тех случаях, когда в связи с повреждением связок коленного сустава проводилось оперативное вмешательство, ВСЭК (врач-эксперт) должна получить об этом сведения.  
  
При определении последствий травмы одного мениска (внутреннего или наружного) или обоих менисков, следует иметь в виду, что в ряде случаев врожденные или приобретенные заболевания коленного сустава, такие, как сплошной наружный мениск, киста мениска, остеохондроматоз, разрастание жировых подушек (болезнь Гоффа), расслаивающий остеохондрит, хондропатия, обызвествление мениска могут вызывать развитие симптомов, характерных для внутренних повреждений коленного сустава, в том числе и для разрыва менисков.  
  
Кроме этого, причиной повреждения менисков не всегда является одномоментное механическое воздействие, предусмотренное условиями личного страхования. Это может быть резкое движение, хроническая травма, поворот туловища при фиксированной голени и др. Поэтому утрата общей трудоспособности в связи с последствиями повреждения менисков может быть установлена только в тех случаях, когда травма коленного сустава в период действия договора страхования сопровождалась гемартрозом и в связи с этим производилась пункция сустава. Процент утраты общей трудоспособности не определяется, если в медицинских документах имеются указания о перенесенных ранее травмах коленного сустава с повреждением одного или обоих менисков, разрывом связочного аппарата и др.  
  
При определении последствий травмы коленного сустава, вызвавшей кровоизлияние в его полость (гемартроз), во внимание принимаются данные пункции, проведенной в лечебном учреждении. Если диагноз гемартроза подтвержден пункцией сустава, процент утраты общей трудоспособности определяется в зависимости от остаточных явлений травмы по соответствующим статьям "Таблицы" (ст.146-148). В тех случаях, когда при пункции коленного сустава в течение 10-14 дней после травмы получена жидкость без элементов крови, можно сделать вывод, что имеет место синовит коленного сустава, т.е. заболевание. В таких случаях процент утраты общей трудоспособности **не устанавливается.** 

80. Процент утраты общей трудоспособности при повреждении связочного аппарата голеностопного сустава определяется только в тех случаях, когда произошел **полный** **разрыв связок.** При этом диагноз лечебного учреждения должен быть подтвержден безусловными признаками травмы (кровоподтек, гематома) и объективными симптомами, подтверждающими разрыв связок.  
  
При освидетельствовании застрахованных, перенесших разрыв связочного аппарата голеностопного сустава, ВСЭК (врач-эксперт) должна установить, имеются ли дефекты (диастаз) по ходу связок, утолщения за счет рубцов, образовавшихся на месте разрывов, избыточная подвижность в суставе и др.

81. Растяжение связок голеностопного сустава, не повлекшее за собой нарушения его функции на день освидетельствования, не дает оснований для установления процента утраты общей трудоспособности.

IV. Врачебно-страховая экспертиза смертных случаев

1. Общие положения

82. Экспертиза смертных случаев по медицинским и другим документам проводится врачом-экспертом управления госстраха с целью определить, относится ли смерть застрахованного к случаям, при наступлении которых соответствующими правилами страхования предусмотрена выплата страховой суммы. Заключение выносится на основании следующих документов: выписок из медицинских документов (ф. N 196), а в случае необходимости подлинников этих документов, сведений об обращениях в диспансеры, женские консультации, родильные дома, заключений специалистов; актов судебно-медицинского или патолого-анатомического исследования (в необходимых случаях); свидетельства ЗАГС о смерти или заверенной в нотариальном порядке его копии; документов следственных органов или судов (в необходимых случаях), а также сведений из бухгалтерии предприятия, где работал застрахованный, о представленных в течение года, предшествовавшего заключению или возобновлению договора страхования, листках нетрудоспособности.  
  
**Примечание.** В случае ясности причины смерти, указанной в свидетельстве ЗАГС (расчленение туловища, переломы костей черепа с разрушением вещества головного мозга, множественные повреждения туловища, конечностей и жизненно важных органов, несовместимые с жизнью и др.), получения акта судебно-медицинского исследования трупа не требуется. В таких случаях решение принимается на основании материалов следственных органов и суда, в которых отражены обстоятельства наступления смерти застрахованного.

83. Изучая представленные документы, врач-эксперт обязан проверить правильность их оформления. При наличии в них каких-либо несоответствий, неоговоренных исправлений, имеющих существенное значение, он должен принять меры для уточнения достоверности сведений, вызвавших сомнение. Если врач-эксперт считает имеющиеся в деле документы недостаточными, он должен указать в своем заключении, какие документы, откуда и за какой период следует дополнительно получить. Письменное заключение в таких случаях дается на бланке установленной формы (см. [приложение N 6](http://docs.cntd.ru/document/901928439)).

84. Врач-эксперт, давая заключение в случае смерти застрахованного, должен иметь в виду, что если в результате травмы у застрахованного наступили: тяжелое повреждение центральной или периферической нервной системы; потеря зрения одного или обоих глаз; повреждение внутренних органов (ранение, разрыв, ожог); произведено удаление органа или части его; перелом или вывих любой кости, подтвержденные данными рентгенологического исследования; повреждение крупных магистральных или периферических сосудов, сухожилий, подтвержденное при оперативном вмешательстве; произведена ампутация конечности на любом уровне, в том числе пальца или его фаланги, но при жизни застрахованный освидетельствования во ВСЭК (у врача-эксперта) не прошел, размер страховой суммы, подлежащей выплате, определяется в процентах по соответствующим статьям "Таблицы".

Выплата страховой суммы в таких случаях производится при условии, если смерть застрахованного не связана с данной травмой.  
  
**Примечание**. При травмах опорно-двигательного аппарата процент утраты общей трудоспособности определяется по графе 4 соответствующей статьи "Таблицы".

2. Смешанное страхование жизни, страхование к бракосочетанию

85 Врач-эксперт, давая заключение о причине смерти страхователя, должен иметь в виду, что по Правилам смешанного страхования жизни и страхования к бракосочетанию страховая сумма не выплачивается, когда:  
  
страхователь **умер до истечения 12 месяцев** с начала течения срока страхования или 12 месяцев с возобновления договора в результате заболевания сердечно-сосудистой системы (аневризмы сердца и сосудов, ишемической болезни сердца, кардиосклероза с явлениями недостаточности кровообращения, порока сердца, гипертонии), органического поражения центральной нервной системы, хронического нарушения мозгового кровообращения, хронического легочного заболевания, сопровождавшегося дыхательной недостаточностью, туберкулеза, злокачественного заболевания любой локализации, цирроза печени, нефрита, нефроза, диабета, неспецифического язвенного колита, психического заболевания, наркомании, алкогольного психоза (делирия) или их прямого влияния, если по поводу какого-либо из указанных заболеваний, явившегося причиной его смерти, страхователь в течение года, предшествовавшего заключению или возобновлению договора страхования, обращался за врачебной помощью или состоял на диспансерном учете в лечебном учреждении;  
  
**Примечание.** Прохождение диспансерного и профилактического осмотра считается обращением в лечебное учреждение.  
  
страхователь **умер до истечения 12 месяцев** страхования в результате самоубийства или последствий покушения на самоубийство, в результате отравления алкоголем, какими-либо веществами, принятыми с целью или в состоянии опьянения (различными спиртами, спиртосодержащими техническими жидкостями, например, политурой, денатуратом и др.; растворителями, кислотами, щелочами); употребления наркотических веществ без назначения врача, например, морфина, пантопона, омнопона, кодеина и др.; удушения рвотными массами, если страхователь находился в состоянии опьянения; в связи с управлением страхователем, не имевшим водительского удостоверения, автомототранспортным средством, городским электротранспортным средством, трактором или иной самоходной машиной, моторной лодкой, катером и др., а также с передачей управления указанными средствами транспорта лицу, не имевшему водительского удостоверения;  
  
**смерть** страхователя **связана** (независимо от того, сколько времени прошло с начала страхования) с совершенными им действиями, в которых следственными органами или судом установлены признаки умышленного преступления, с управлением им в состоянии опьянения автомототранспортным средством, городским электротранспортным средством, трактором или иной самоходной машиной, моторной лодкой, катером и др., а также с передачей управления указанными средствами транспорта лицу, находившемуся в состоянии опьянения, с мелким хулиганством или дракой, когда постановлением следственных органов или судебным постановлением установлено, что страхователь был ее инициатором. Если договор страхования к бракосочетанию был оплачен единовременным взносом, то перечисленные выше ограничения на него не распространяются и договор остается действующим до конца срока страхования на общих основаниях.  
  
**Примечание**. Методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР (1974 год) "О судебно-медицинской диагностике смертельных отравлений этиловым алкоголем и допускаемых при этом ошибках" рекомендована следующая схема для определения степени выраженности алкогольной интоксикации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | менее | 0,3‰ |  | - | отсутствие влияния алкоголя; |
| от | 0,3 | до | 0,5‰ | - | незначительное влияние алкоголя; |
| от | 0,5 | до | 1,5‰ | - | легкое опьянение; |
| от | 1,5 | до | 2,5‰ | - | опьянение средней степени; |
| от | 2,5 | до | 3,0‰ | - | сильное опьянение; |
| от | 3,0 | до | 5,0‰ | - | тяжелое отравление алкоголем, может наступить смерть; |
| от | 5,0 | до | 6,0‰ | - | - смертельное отравление. |

В своем заключении, сделанном на основании соответствующих документов, врач-эксперт должен указать причину смерти застрахованного, обращался ли он в течение года, предшествовавшего заключению или возобновлению договора страхования, в лечебные учреждения по поводу одного из заболеваний, перечисленных в п.85, а также является ли это заболевание (или его прямое влияние) причиной смерти застрахованного.

Страхование от несчастных случаев

86. Врач-эксперт должен иметь в виду, что по условиям данного вида страхования страховая сумма выплачивается, если причиной смерти страхователя явилась травма, имевшая место вследствие несчастного случая, случайное острое отравление ядовитыми растениями, химическими веществами, лекарствами, недоброкачественными пищевыми продуктами, за исключением пищевой токсикоинфекции (сальмонеллеза, дизентерии и др.), заболевание клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом) или полиомиелитом, внематочная беременность или патологические роды, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела (за исключением рвотных масс, если страхователь находился в болезненном состоянии, состоянии алкогольного или наркотического опьянения), утопление, анафилактический шок, переохлаждение организма (за исключением смерти от простудных заболеваний), наступившие в период действия договора страхования.   
  
**Примечания:**

1. **К отравлениям ядовитыми растениями** относятся случайные острые отравления ядовитыми грибами, беленой, болиголовом пятнистым, клещевиной, можжевельником донским, наперстянкой и т.п.

2. **К отравлениям химическими веществами** относятся случайные острые отравления ядохимикатами бытового и промышленного назначения, окисью углерода, углекислотой, светильным газом, "металлическими" ядами - соединениями ртути, мышьяка, свинца и др., кислотами - серной, соляной, азотной и др.

3. **К отравлениям лекарственными веществами** относятся случайные острые отравления лекарственными препаратами - барбитуратами, снотворными небарбитурового ряда, обезболивающими веществами, антибиотиками и др.

87. В своем заключении врач-эксперт должен дать анализ имеющихся в медицинских документах сведений с тем, чтобы установить, в период ли действия договора страхования получена травма, подтверждена ли она объективными данными, установленными в лечебном учреждении, подтверждена ли прямая причинная связь между травмой и смертью страхователя и какими документами. Если причиной смерти страхователя явилась не травма, а какое-либо заболевание, например, нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, диабетическая кома, грипп, воспаление легких и др., не являющееся результатом травмы, врач-эксперт указывает на это в своем заключении.  
  
Не рассматривается как страховой случай смерть застрахованного в результате хирургического вмешательства или медицинских манипуляций, не связанных с травмой, искусственного прерывания беременности (в больничных или внебольничных условиях), сепсиса (общего заражения крови), если он не связан с травмой.

88. К страховым случаям относится смерть застрахованного, наступившая в результате бешенства, столбняка, сепсиса, развившихся как осложнение травмы, полученной в период действия договора страхования, а также смерть застрахованной во время патологических родов или после них, но причинно связанная с такими родами.  
  
**Примечание**. К патологическим родам относятся: многоплодные роды, преждевременные роды (рождение незрелого плода), роды, которые сопровождались: нефропатией, преэклампсией, эклампсией, акушерскими операциями, значительной кровопотерей, разрывом шейки матки III ст., разрывом промежности III ст., расхождением лонного и крестцово-подвздошного сочленений, а также роды с послеродовыми заболеваниями (эндометрит, тромбофлебит, воспаление тазовой брюшины и клетчатки, сепсис, гнойный мастит) и роды у женщин, страдающих органическими заболеваниями сердца и сосудов, стойкими формами гипертонической болезни, стойким гипертоническим синдромом, заболеваниями крови, почек, печени, эндокринной системы.

89. Если судебно-медицинская экспертиза не установила причину смерти застрахованного из-за гнилостного разложения трупа, врач-эксперт заключения не дает. В таких случаях решение принимается страховой организацией с учетом обстоятельств, при которых наступила смерть.

V. Порядок направления дел на консультацию

90. В тех случаях, когда врач-зксперт затрудняется в принятии решения, он может просить управление о направлении дела на консультацию в главное управление государственного страхования союзной республики.  
  
Направляя дело на консультацию, управление обязано проверить полноту и правильность оформления как медицинских, так и страховых документов. В случае необходимости в кратчайший срок должны быть получены дополнительные сведения или заключения специалистов, подлинники или копии медицинских документов, которые позволят главному управлению государственного страхования союзной республики всесторонне рассмотреть дело и дать по нему квалифицированную консультацию, а также рентгенограммы, сделанные в связи с данной травмой.  
  
В своем заключении врач-эксперт должен дать подробный анализ имеющихся документов, изложить свое мнение по делу, а также сформулировать вопросы, в решении которых он встретил затруднения.

91. Главное управление государственного страхования союзной республики может направить дело на консультацию в Главное управление государственного страхования СССР.  
  
До направления дела на консультацию главное управление государственного страхования союзной республики в необходимых случаях должно получить заключение специалистов соответствующих медицинских учреждений столицы республики (научно-исследовательских институтов, диспансеров, бюро судебно-медицинской экспертизы и т.д.) по вопросам, в решении которых встретились затруднения. В этих случаях перед врачами-консультантами следует ставить конкретные вопросы, ответы на которые позволят принять решение, и только в том случае, если полученная консультация не даст возможности врачу-эксперту главного управления госстраха самостоятельно принять решение, дело может быть направлено в Главное управление госстраха СССР.  
  
Консультацию, полученную от Главного управления государственного страхования СССР по конкретному делу, врач-эксперт главного управления государственного страхования союзной республики должен иметь в виду при рассмотрении аналогичных дел.