

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрлігіПриказ Министра труда и
социальной защиты населения
Республики Казахстан от 15
октября 2026 года № 406.
Зарегистрирован в Министерстве
юстиции Республики Казахстан 16
октября 2026 года № 40183Министерство труда и социальной защиты
населения Республики Казахстан

**О внесении изменений и дополнения в приказ Заместителя Премьер-
Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики
Казахстан от 29 июня 2023 года № 260 «Об утверждении
Правил проведения медико-социальной экспертизы»**

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 260 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32922) следующие изменения и дополнение:

в Правилах проведения медико-социальной экспертизы, утвержденных указанным приказом:

абзац первый пункта 4 изложить в следующей редакции:

«4. Основанием для проведения МСЭ является согласие на сбор и обработку персональных данных в соответствии с Законом Республики Казахстан «О персональных данных и их защите» и сведений, составляющих тайну медицинского работника в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», услугополучателя и направление врачебно-консультативной комиссии (далее – ВКК) медицинской организации с целью:»;

пункт 5 изложить в следующей редакции:



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

«5. Медицинские организации после проведения комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами направляют на МСЭ лиц не ранее четырех месяцев с момента наступления временной нетрудоспособности или установления диагноза детям и неработающим лицам, за исключением лиц с необратимыми дефектами, с трисомией по хромосоме 21 (синдром Дауна), неизлечимых больных со значительными или резко выраженными нарушениями функций организма и отсутствием реабилитационного потенциала, получающих паллиативную помощь.

При ухудшении здоровья по инвалидизирующему заболеванию, лица с инвалидностью направляются на МСЭ не ранее двух месяцев со дня временной нетрудоспособности или установления диагноза детям и неработающим лицам.

При профессиональных заболеваниях с незначительно выраженными нарушениями функций организма, не входящими в перечень заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев, утвержденный приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1033 «Об утверждении перечня заболеваний, для которых установлен срок временной нетрудоспособности более двух месяцев» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12733), освидетельствуемое лицо с целью установления степени УПТ направляется на МСЭ без учета срока временной нетрудоспособности, при отсутствии показаний для проведения медицинской реабилитации.»;

в подпункт 12) пункта 9 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в абзац первый пункта 10 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

пункт 17 изложить в следующей редакции:

«17. МСЭ проводится коллегиально, при участии руководителя отдела МСЭ или руководителя ОМК МСЭ (далее – руководитель) и не менее двух главных специалистов, путем рассмотрения представленных документов (клинико-функциональных, социальных, профессиональных и других данных), осмотра

освидетельствуемого лица при очном освидетельствовании, оценки степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, в том числе трудоспособности.

Ход проведения очного освидетельствования, переосвидетельствования отдела МСЭ и/или ОМК МСЭ фиксируется с использованием средств аудиовидеозаписи. Данные аудиовидеозаписи хранятся не менее 4 (четырёх) месяцев со дня проведения МСЭ.

Копии аудиовидеозаписей предоставляются по запросу освидетельствуемого лица (законного представителя), за исключением материалов, касающихся процесса обсуждения и принятия решений, в соответствии с нормами Закона Республики Казахстан «О доступе к информации.»;

пункт 23 изложить в следующей редакции:

«23. При проведении МСЭ в ОМК МСЭ по обжалованию, при необходимости, в случаях разноречивых данных, указанных в форме № 031у, заключениях специалистов, выписках из истории болезни, проведенных обследованиях приглашаются консультанты (кардиологи, онкологи, офтальмологи, педиатры, психологи и другие профильные специалисты).»;

подпункт 2) пункта 25 изложить в следующей редакции:

«2) обезличиваются указанные в медицинских документах индивидуальный идентификационный номер (далее – ИИН), фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, место жительства, место работы освидетельствуемого лица, данные медицинской организации, медицинских работников и его представителя;»;

в пункт 26 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в пункты 38, 39 вносятся изменения на казахском языке, тексты на русском языке не меняются;

в заголовок параграфа 8 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

пункт 56 изложить в следующей редакции:

«56. Услугополучатель или его законный представитель при несогласии с экспертным заключением не позднее трех месяцев со дня его получения подает жалобу в территориальное подразделение по месту постоянной регистрации.

При подаче жалобы заместитель руководителя данного территориального подразделения в течение 2 (двух) рабочих дней в Листе экспертных решений по номеру акта отмечает обжалование, и заполняет поля в открывшемся модальном окне «Заочное проактивное переосвидетельствование по обжалованию».

На основании введенных и сохраненных данных, формируется «Журнал учета обжалований экспертных заключений, вынесенных в заочном проактивном освидетельствовании (переосвидетельствовании)» по форме согласно приложению 24 к Правилам (далее – Журнал учета обжалований).

Специалист Комитета согласно внесенным жалобам в Журнал учета обжалований в течение 2 (двух) рабочих дней отправляет акт МСЭ на рассмотрение в экстерриториальный ОМК МСЭ, который определяется АЦС «ЦБДИ» в автоматизированном режиме.

Экстерриториальный ОМК МСЭ выносит экспертное заключение на основании обезличенных данных акта МСЭ в течение 5 (пять) рабочих дней со дня его поступления и вносит экспертное заключение в Приложение к акту МСЭ.

Обжалование осуществляется в соответствии с требованиями Административного процедурно-процессуального кодекса Республики Казахстан и рассматривается в течение 20 (двадцать) рабочих дней со дня регистрации жалобы.

Если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан, обжалование в суде допускается после обжалования в досудебном порядке в соответствии с пунктом 5 статьи 91 Административного процедурно-процессуального кодекса Республики Казахстан.»;

в подпункт 2) пункта 57 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в абзац первый пункта 58 вносятся изменения на казахском языке, тексты на русском языке не меняются;

в абзац первый пункта 59 вносятся изменения на казахском языке, тексты на русском языке не меняются;

в абзац первый пункта 60 вносятся изменения на казахском языке, тексты на русском языке не меняются;

в пункт 62 вносится изменение на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в приложениях 1 и 2 к указанным Правилам вносятся изменения на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в приложении 3 к указанным Правилам:

графу 3 строки, порядковый номер 9, изложить в следующей редакции:

«1) услугодателя – с понедельника по пятницу согласно графику работы услугодателя, кроме выходных и праздничных дней согласно Трудовому кодексу Республики Казахстан.

Прием заявления и выдача результата оказания государственной услуги при очном освидетельствовании (переосвидетельствовании) осуществляется в соответствии с графиком работы услугодателя.

Оказание заочного проактивного освидетельствования (переосвидетельствования) осуществляется после обеденного перерыва и составляет 3 часа 30 минут.

Государственная услуга при очном освидетельствовании (переосвидетельствовании) оказывается в порядке очереди, без предварительной записи и ускоренного обслуживания;

2) портала – круглосуточно, за исключением технических перерывов, связанных с проведением ремонтных работ.»;

в графе 3 строки, порядковый номер 10:

подпункт 4) изложить в следующей редакции:

«4) медицинскую часть индивидуальной программы реабилитации и реабилитации лица с инвалидностью по форме № 033/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020 – при ее разработке медицинской организацией»;

в приложении 4 к указанным Правилам вносятся изменения на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

приложение 5 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 8 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

в приложениях 12, 13 и 14 к указанным Правилам вносятся изменения на казахском языке, текст на русском языке не меняется;

в приложении 15 к указанным Правилам:

строку, порядковый номер 7.1, изложить в следующей редакции:

«

7.1	Полный анатомический перерыв спинного мозга вследствие травм позвоночника, подтвержденный данными клинико-неврологического статуса (нижняя параплегия, тетраплегия) и инструментальными методами обследования (КТ и /или МРТ зоны повреждения позвоночника).	S14. 1, S24. 1, S34. 1
-----	--	---------------------------------------

»;

дополнить строкой, порядковый номер 16, следующего содержания:

«

16.	Нозологические формы с целью коррекции ИПР	A00-B99, C00-D48, D50-D89, E00-E90, F00-F99, G00-G99, H00-H59, H60-H95, I00-I99, J00-J99, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, P00-P96, Q00-Q99, S00-T98
-----	--	---

»;

приложения 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 и 24 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 и 10 к настоящему приказу;

приложение 26 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему приказу.

2. Департаменту методологии и совершенствования медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение трех рабочих дней после исполнения подпунктов 1) и 2) настоящего пункта предоставление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан информацию об их исполнении.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр труда и социальной защиты населения Республики
Казахстан**

**А.
Ертаев**

«СОГЛАСОВАН»

Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

«СОГЛАСОВАН»

Министерство искусственного интеллекта и
цифрового развития Республики Казахстан

Приложение 1 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 5
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

Причины отклонения медицинских документов

№	Причина отклонения	Код ошибки
1	Отсутствие сообщения о Согласии на сбор и обработку персональных данных и сведений, составляющих охраняемую законом тайну пациента, необходимых для установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности	F001
2	Отсутствие формы № 031/у	F002
3	Отсутствие даты и/или номера формы № 031/у	F003
4	Истечение срока действия формы № 031/у (1 месяц)	F004
5	Отсутствие номера мобильного телефона	F005
6	Отсутствие регистрации в БМГ номера мобильного телефона	F006
7	Отсутствие ЭЦП в форме № 031/у	F007
8	Отсутствие заполнения обязательных полей в форме № 031	F008
9	Несоответствие медицинской организации с РПН	F009
10	Не соответствие значения поля «Направление на заочное проактивное освидетельствование» значению «освидетельствование заочное проактивное»	F010
11	Указанная «Цель освидетельствования» не подлежит к заочному проактивному освидетельствованию	F011
12	Отсутствие заполнения опросника/ов в АЦС ТСР, в зависимости от указанных дефектов в поле «Рекомендация технических средств» формы №031/у	F012
13	Код МКБ не соответствует для проведения заочно-проактивного освидетельствования	F013
14	Хэш сумма файла с идентификатором ***() не совпадает с данными из сервиса ХЭД	F014
15	По идентификатору **** нет файла в сервисе ХЭД	F015
16	В системе уже имеется форма с успешно пройденным ФЛК с MismessageId - *****	F016
17	В системе уже имеется форма на рассмотрении с ИИН - *****	F017
По данным услугополучателя		
18	Услугополучатель по данному ИИН зарегистрирован со статусом «умерший» в ЦС ГБД ФЛ	REC001
19	ИИН услугополучателя не соответствует фамилии, имени, отчеству (при его наличии) в ЦС ГБД ФЛ	REC002
20	У услугополучателя отсутствует постоянная регистрация по месту жительства в ЦС ГБД ФЛ	REC003

21	Услугополучатель зарегистрирован в ЦС ГБД ФЛ со статусом «выехавший за рубеж на постоянное место жительства»	REC004
22	Отсутствие данных законного представителя (у детей и недееспособных лиц)	REC005
По данным законного представителя		
23	Законный представитель по данному ИИН зарегистрирован со статусом «умерший» в ЦС ГБД ФЛ	LEG001
24	Законный представитель зарегистрирован в ЦС ГБД ФЛ со статусом «выехавший за рубеж на постоянное место жительства»	LEG002
25	ИИН законного представителя не соответствует фамилии, имени, отчеству (при его наличии) в ЦС ГБД ФЛ	LEG003

Приложение 2 к приказу
Министр труда и
социальной защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 8
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан

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

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

1 бөлім. Куәландырылатын адам туралы жалпы деректер

Раздел 1. Общие данные об освидетельствуемом лице

1. Сараптаманың басталған күні 20 ____ жылғы «__» _____

Дата начала экспертизы

1.1. Сараптаманың аяқталған күні 20 ____ жылғы «__» _____

Дата окончания экспертизы

2. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

3. Туған күні ____ жылғы «__» _____

Дата рождения

3.1. Жасы _____

Возраст

4. Жынысы _____

Пол

5. Тіркелген орны _____

Место регистрации

5.1. Нақты тұратын мекенжайы _____

Адрес фактического проживания

6. Куәландырудың мақсаты _____

Цель освидетельствования

7. Куәландырудың түрі (бірінші рет / қайта) _____

Вид освидетельствования (первичное / повторное)

8. Куәландыруды өткізу орны _____

Место проведения освидетельствования

9. Мүгедектік санаты/тобы _____

Категория/группа инвалидности

9.1. Мүгедектіктің себебі _____

Причина инвалидности

10. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұдан әрі - ЖЕА)

Степень утраты общей трудоспособности (далее – УОТ) _____

11. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұдан әрі – КЕА)

Степень утраты профессиональной трудоспособности (далее – УПТ) _____

11.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

12. Мүгедектіктің, еңбек ету қабілетінен айырылуының динамикасы _____

Динамика инвалидности, утраты трудоспособности

13. Әлеуметтік-экономикалық мәртебесі _____

Социально-экономический статус

13.1. Білімі _____

Образование

13.2. Негізгі кәсібі _____

Основная профессия

13.3. Жұмыс орны _____

Место работы

13.3.1. Қызметі _____

Должность

13.3.2. Еңбектің сипаты мен жағдайлары _____

Характер и условия труда

14. Еңбек қалауы _____

Трудовая установка

14.1 Еңбек жағдайларын өзгерту _____

Изменение условий труда

15. Ұйымдастырылуы (балаларға) _____

Организованность (для детей)

15.1. Оқуға қалау _____

Установка на учебу

2 бөлім. Организмнің жай-күйі мен тыныс-тіршілігінің шектелу дәрежесін бағалау

Раздел 2. Оценка состояния организма и степени ограничения жизнедеятельности

16. Организм функцияларының білінетін бұзылу дәрежесі мен түрлері:

Виды и степень выраженности нарушений функций организма:

16.1. психикалық функцияларының бұзылуы (аңғару, зейін, есте сақтау, ойлау, сөйлеу, эмоциялар, жігер, парасат, сана, мінез-құлық, психомоторлық функциялар)

нарушение психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоция, воля, интеллект, сознание, поведение, психомоторные функции);

16.2. сезіну функцияларының бұзылуы (көру, есту, иісті сезу, түйсіну және сезімталдықтың бұзылуы) _____

нарушение сенсорных функций (зрение, слух, обоняние, осязание и нарушения чувствительности)

16.3. статикалық - динамикалық функциялардың (бастың, кеуденің, аяқ-қолдың қозғалу функцияларының, статиканың және қозғалыс үйлесімдігінің) бұзылуы _____

нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечности, статики и координации движений)

16.4. қанайналым функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции кровообращения

16.5. тыныс алу функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции дыхания

16.6. асқорыту функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции пищеварения

16.7. сыртқа шығару функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции выделения

16.8. зат пен энергия алмасу функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции обмена веществ и энергии

16.9. қан түзілуі функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции кроветворения

16.10. ішкі секреция функцияларының бұзылуы _____

нарушение функции внутренней секреции

16.11. иммунитет функцияларының бұзылуы _____

нарушение иммунитета

17. Тыныс-тіршілігінің іршілік-тынысының негізгі санаттарының
шектелуінің біліну дәрежесі мен түрлері:

Виды и степень выраженности ограничений основных категорий
жизнедеятельности:

17.1. өзін өзі күту қабілеті _____

способность к самообслуживанию

17.2. өз бетімен жүріп-тұру қабілеті _____

способность к самостоятельному передвижению

17.3. оқу қабілеті _____

способность к обучению

17.4. еңбек қызметіне қабілеті _____

способность к трудовой деятельности

17.5. бағдарлана білу қабілеті _____

способность к ориентации

17.6. қарым-қатынас жасау қабілеті _____

способность к общению

17.7. өзінің жүріс-тұрысын бақылау қабілеті _____

способность контролировать свое поведение

17.8. ойын және танымдық қызметке қабілеті (балаларға) _____

способность к игровой и познавательной деятельности (для детей)

17.9. белсенді қозғалу қабілеті (балаларға) _____

способность к двигательной активности (для детей)

18. Анатомиялық кемістік _____

Анатомический дефект

19. Оңалту-сараптама диагностикасы _____

Реабилитационно-экспертная диагностика

19.1. Оңалту болжамы _____

Реабилитационный прогноз

19.2. Оңалту әлеуеті _____

Реабилитационный потенциал

20. МЭС әдіснама және бақылау бөліміне консультацияға жіберу _____

Направление на консультацию в отдел методологии и контроля МСЭ

21. Қосымша мәліметтер _____

Дополнительные сведения _____

22. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу үшін негіз болып табылатын құжаттардың тізбесі (медициналық-әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі)

Перечень документов, являющихся основанием для проведения медико-социальной экспертизы (приобщаются к акту медико-социальной экспертизы):

23. Медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдаудың негізділігі

Обоснованность направления на медико-социальную экспертизу _____

3 бөлім. МӘС бөлімінің сараптама қорытындысы

Раздел 3. Экспертное заключение отдела МСЭ

24. Клиникалық-сараптама диагнозы:

Клинико-экспертный диагноз:

24.1. Негізгі диагноз _____

Основной диагноз _____

24.2. Ілеспелі аурулардың диагнозы _____

Диагноз сопутствующих заболеваний _____

25. Мүгедектік санаты/тобы _____

Категория/группа инвалидности

25.1. Мүгедектіктің себебі _____

Причина инвалидности

25.2. Мүгедектіктің мерзімі _____

Срок инвалидности

25.3. Мүгедектік белгіленген мерзімі 20 жылғы «__» дейін

Инвалидность установлена на срок до

25.4. Мүгедектік мерзімі 20 жылғы «__» бастап есептелді

Срок инвалидности зачтен с

26. ЖЕА дәрежесі _____ % _____

Степень УОТ (жазбаша/прописью)

26.1. ЖЕА дәрежесінің себебі _____

Причина степени УОТ

26.2. ЖЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 жылғы «__» _____ дейін

Степень УОТ установлена на срок до

26.3. ЖЕА дәрежесінің мерзімі 20 жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УОТ зачтен с

27. Жазатайым оқиға туралы акті бойынша КЕА дәрежесі ____% ____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

27.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

27.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

27.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

27.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20 ____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

28. Жазатайым оқиға туралы акті бойынша КЕА дәрежесі ____% ____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

28.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

28.2. КЕА дәрежесінің мерзім _____

Срок степени УПТ

28.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

28.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20 ____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

29. Жазатайым оқиға туралы акті бойынша КЕА дәрежесі ____% ____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

29.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

29.2. КЕА дәрежесінің мерзім _____

Срок степени УПТ

29.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

29.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20 ____жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

30. Оңалту жөніндегі ұсынымдар:

Рекомендации по реабилитации:

30.1. медициналық оңалту _____

медицинская реабилитация

30.2. әлеуметтік оңалту _____

социальная реабилитация _____

30.3. кәсіптік оңалту _____

профессиональная реабилитация _____

31. Зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне

мұқтаждығы _____

Нуждаемость пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе

32. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу нәтижелері бойынша куәландырылатын адамға немесе оның заңды өкіліне берілген құжаттар (керегін көрсету): _____

Документы, выданные освидетельствованному лицу или его законному представителю по итогам проведения медико-социальной экспертизы (нужное указать): _____

32.1. мүгедектік туралы анықтама № _____

справка об инвалидности

32.2. мүгедектігі бар адамды абилитациялау мен оңалтудың жеке
бағдарламасының картасынан үзінді көшірме №__

выписка из карты индивидуальной программы абилитации и реабилитации
инвалида

32.3. жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
№__

справка о степени утраты общей трудоспособности

32.4. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
№__

справка о степени утраты профессиональной трудоспособности

32.5. зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне
мұқтаждығы туралы қорытынды №__

заклучение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных
видах помощи и уходе

32.6. мүгедектік тағайындалмауы туралы хабарлама №__

извещение о не установлении инвалидности

Бас мамандар _____ (_____)

Главные специалисты (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ (ЭЦП)

_____ (ЭЦП)

_____ (ЭЦП)

МӘС бөлімінің басшысы/МӘС ӘБ бөлімінің басшысы _____ (ЭЦП)

Руководитель отдела МСЭ/Руководитель отдела МК МСЭ

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение к форме акта
медико-социальной экспертизы

Медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісіне қосымша

Приложение к Акту медико-социальной экспертизы № _____

1 бөлім. МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің қорытындысы

Раздел 1. Заключение отдела методологии и контроля МСЭ

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні ____ жылғы «__» _____

Дата рождения

1. Консультация, МӘС бөлімінің қорытындысына шағымдану (бақылау)

Консультация, обжалование (контроль) заключения отдела МСЭ

2. Өтініштің келіп түскен күні (консультацияға жіберілген күні)

20 ____ жылғы «__» _____

Дата поступления заявления (дата направления на консультацию)

3. Қайта куәландырылған күні 20 ____ жылғы «__» _____

Дата переосвидетельствования

4. Шағымдары _____

Жалобы _____

5. Ауру анамнезі және өткізілген оналту шаралары _____

Анамнез заболевания и проведенные реабилитационные мероприятия

6. Объективті қарап тексеру деректері: _____

Данные объективного осмотра: _____

7. Қосымша зерттеулер деректері _____

Данные дополнительных исследований

8. Клиникалық-сараптама диагнозы: _____

Клинико-экспертный диагноз: _____

9. Қорытынды _____

Заключение

10. Қорытындыны негіздеу _____

Обоснования заключения _____

2 бөлім. МӘС әдіснама және бақылау бөлімінің сараптама қорытындысы

Раздел 2. Экспертное заключение отдела методологии и контроля МСЭ

11. Клиникалық-сараптама диагнозы:

Клинико-экспертный диагноз:

11.1. Негізгі диагноз _____

Основной диагноз _____

11.2. Ілеспелі аурулардың диагнозы _____

Диагноз сопутствующих заболеваний _____

12. Мүгедектік категориясы/тобы _____

Категория/группа инвалидности

12.1. Мүгедектіктің себебі _____

Причина инвалидности

12.2. Мүгедектіктің мерзімі _____

Срок инвалидности

12.3. Мүгедектіктің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «__» дейін

Инвалидность установлена на срок до

12.4. Мүгедектіктің мерзімі 20____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок инвалидности зачтен с

13. ЖЕА дәрежесі _____ % _____

Степень УОТ (жазбаша/прописью)

13.1. ЖЕА дәрежесінің себебі _____

Причина степени УОТ

13.2. ЖЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «__» _____ дейін

Степень УОТ установлена на срок до

13.3. ЖЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УОТ зачтен с

14. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____ % _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

14.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

14.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

14.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

14.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

15. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____% _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

15.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

15.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

15.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 _____ жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

15.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20 _____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

16. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____% _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

16.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

16.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

16.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 _____ жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

16.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20 _____ жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

17. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____% _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

17.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

17.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

17.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20 _____ жылғы «__» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

17.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____жылғы «__» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

18. Оңалту жөніндегі ұсынымдар: Рекомендации по реабилитации:

18.1. медициналық оңалту _____

медицинская реабилитация _____

18.2. әлеуметтік оңалту _____

социальная реабилитация _____

18.3. кәсіптік оңалту _____

профессиональная реабилитация _____

19. Зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне
мұқтаждығы _____

Нуждаемость пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и
уходе

20. Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу нәтижелері бойынша
қуәландырылатын адамға немесе оның заңды өкіліне берілген құжаттар (керегін
көрсету) /Документы, выданные освидетельствованному лицу или его законному
представителю по результатам проведения медико-социальной экспертизы

(нужное указать): _____

20.1. мүгедектік туралы анықтама № _____

справка об инвалидности

20.2. мүгедектігі бар адамды абилитациялау мен оңалтудың жеке
бағдарламасының картасынан үзінді көшірме

выписка из карты индивидуальной программы абилитации и реабилитации
инвалида № _____

20.3. жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
№ _____

справка о степени утраты общей трудоспособности

20.4. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
№ _____

справка о степени утраты профессиональной трудоспособности

20.5. зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлері мен көмекке
мұқтаждығы туралы қорытынды № _____

заклучение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных
видах помощи и уходе

20.6. мүгедектік тағайындалмау туралы хабарлама № _____

извещение о не установлении инвалидности

Бас мамандар _____ (_____)

Главные специалисты (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ (ЭЦП)

_____ (ЭЦП)

_____ (ЭЦП)

МӘС ӘБ бөлімінің басшысы _____ (ЭЦП)

Руководитель отдела МК МСЭ

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 3 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 17
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

**Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан**

_____бойынша Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және
бақылау комитетінің департаменті
Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной
защиты населения по _____

№ ____ МӘС бөлімінің медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу
хаттамалар журналы
(Хаттамалар «Мүгедектігі бар адамдардың орталықтандырылған деректер
банкі» автоматтандырылған цифрлық жүйесіне электрондық нысанда
қалыптастырылады)
Журнал протоколов проведения медико-социальной экспертизы отдела МСЭ
№ ____
(Протокола формируются в электронном формате в автоматизированной
цифровой системе «Централизованный банк данных лиц, имеющих
инвалидность»)

20 ____ ЖЫЛҒЫ « ____ » _____ басталды (начат)

20 ____ ЖЫЛҒЫ « ____ » _____ аяқталды (закончен)

Ежедневный протокол формируется на основании данных освидетельствуемого лица, введенных в автоматизированную цифровую систему «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность».

Ежедневный протокол распечатывается в конце рабочего дня, проставляется номер протокола, подписывается руководителем и главными специалистами отдела медико-социальной экспертизы, принимавшими участие в вынесении экспертного заключения, и заверяется штампом.

В конце каждого календарного месяца формируются ежемесячные журналы протоколов: листы всех ежедневных протоколов за текущий месяц пронумеровываются, прошнуровываются в хронологическом порядке, скрепляются штампом и подписью руководителя отдела медико-социальной экспертизы.

Образец

Нөмірленген және баулықтап тігілген

Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа(-ов)

(сөзбен жазу/прописью)

МӘС бөлімінің басшысы

Руководитель отдела МСЭ _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы/

фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

20 ____ жылғы/год « ____ » _____

Мөр орны/Место печати

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в протокол, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела МСЭ и штампом.

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім/регион, отдел)

20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ хаттама

Протокол № ____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Акт № № акта	Тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда)) Фа- ми- лия, имя, отче- ство (при его на- личии)	Ту- ған кү- ні, жа- сы Да- та рож- де- ния, воз- раст	Тір- кел- ген ор- ны Ме- сто ре- ги- стра- ции	Жұмыс орны, лау- азымы Оқу орны Место ра- боты, долж- ность Ме- сто учебы	Алғашқы немесе қайта куәландыру /куәландыру мақса- ты Первичное или повторное освиде- тельствование/цель освидетельствования	Мүгедектік тобы және себебі, ЖЕҚА дәрежесі, КЕҚА дәрежесі және себебі, еңбекке уақытша жа- рамсыздық парағының (анықтамасының) ұзақ- тығы Группа и причина инвалидности, степень УОТ, степень и причина УПТ, продолжитель- ность листа (справки) временной нетрудоспособ- ности
1	2	3	4	5	6	7	8

(продолжение таблицы)

Кли- ника- лық- сарап- тама- лық диа- гнозы Кли- нико- экс- перт- ный диа- гноз	Қорытынды (мүгедектік тобы, ЖЕҚА дәрежесі, КЕ- ҚА дәрежесі) Заключение (группа инва- лидности, сте- пень УОТ, сте- пень УПТ)	Мүге- дек- тіктің, КЕҚА себебі При- чина инва- лидно- сти, УПТ	Мүге- дек- тіктің, ЖЕ- ҚА, КЕ- ҚА, ОЖБ мерзі- мі Срок инва- лидно- сти, УОТ, УПТ, ИПР	ОЖБ және/немесе зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтажды- ғы туралы қорытындысы бойынша оңалту іс-шаралары Реабилитацион- ные мероприятия по ИПР и/или за- ключению о нуждаемости постра- давшего работника в дополнитель- ных видах помощи и уходе	Мүгедектік, ЖЕҚА дәрежесі, КЕҚА дәре- жесі туралы анықтаманың, ОЖБ зардап шеккен қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаждығы тура- лы қорытындының нөмірі Номер справки об инвалидности, степени УОТ, степени УПТ, ИПР, заключения о нуждаемости по- страдавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе
9	10	11	12	13	14

Мөр орны Бөлім басшысы _____ (_____)

Место печати Руководитель отдела (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Бас мамандар _____ (_____)

Главные специалисты (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ (_____)

_____ (_____)

Приложение 4 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 18
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

**Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан**

_____ бойынша Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және
бақылау комитетінің департаменті
Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной
защиты населения по _____

**Медициналық-әлеуметтік сараптаманың әдіснама және бақылау бөлімінің
медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу хаттамалар журналы
(Хаттамалар «Мүгедектігі бар адамдардың орталықтандырылған деректер
банкі» автоматтандырылған цифрлық жүйесіне электрондық нысанда
қалыптастырылады)**

**Журнал протоколов проведения медико-социальной экспертизы отдела
методологии и контроля медико-социальной экспертизы (Протокола
формируются в электронном формате в автоматизированной цифровой
системе «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность»)**

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды (начат)

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды (закончен)

Ежедневный протокол формируется на основании данных освидетельствуемого лица, введенных в автоматизированную цифровую систему «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность».

Ежедневный протокол распечатывается в конце рабочего дня, проставляется номер протокола, подписывается руководителем и главными специалистами ОМК МСЭ, принимавшими участие в вынесении экспертного заключения, и заверяется штампом.

В конце каждого календарного месяца формируются ежемесячные журналы протоколов: листы всех ежедневных протоколов за текущий месяц пронумеровываются, прошнуровываются в хронологическом порядке, скрепляются штампом и подписью руководителя ОМК МСЭ.

Образец

Нөмірленген және баулықтап тігілген

Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа(-ов)

(сөзбен жазу/прописью)

МӘС ӘББ басшысы

Руководитель ОМК МСЭ _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы/ фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

20__ жылғы/год «__» _____

Мөр орны /Место печати

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в протокол, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя ОМК МСЭ и штампом.

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір/регион)

20__ жылғы «__» _____ № _____ хаттама

Протокол № _____ от «__» _____ 20__ года

№	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ-	Тір-кел-	Жұмыс ор-ны, лауазы-	Куәландыру мақ-саты (шағымда-	МӘС бөлімінің №__ және де ку-	Мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, ЖЕҚА дәрежесі мен мерзімі, КЕ-
---	---	----------	----------------------	-------------------------------	-------------------------------	--

	дайда), туған күні Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), дата рождения	ген ор- ны Ме- сто ре- ги- стра- ции	мы Оку ор- ны Место работы, должность Место учебы	ну, бақылау) Цель освидетель- ствования (обжа- лование, кон- троль)	эландырылған кү- ні №__ отдела МСЭ и дата осви- детельствования	ҚА дәрежесі, себебі, мерзімі. Ең- бекке уақытша жарамсыздық па- рағының (анықтамасының) ұзақ- тығы Группа, причина, срок инвалид- ности, степень и срок УОТ, сте- пень, причина, срок УПТ. Про- должительность листа (справки) временной нетрудоспособности
1	2	3	4	5	6	7
Клиникалық-сараптамалық диагнозы Клинико-экспертный диагноз				Қорытындысы мен ұсынымдары Закключение и рекомендации		
8				9		

Мөр орны Бөлім басшысы _____ (_____)

Место печати Руководитель отдела (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Бас мамандар _____ (_____)

Главные специалисты (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ (_____)

_____ (_____)

Приложение 5 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 19
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

(уәкілетті орган / уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Мүгедектік туралы анықтама
Справка об инвалидности серия №

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ жылғы «___» _____

Дата рождения

Мекенжайы _____

Адрес

Мүгедектік тобы _____

Группа инвалидности

Мүгедектік себебі _____

Причина инвалидности

Белгіленген күні 20 _____ жылғы _____ «___»

Мерзімі 20 _____ жылғы «___» _____ бастап есептелді

Дата установления

Срок зачтен с

Мүгедектік 20__ жылғы «__» ____ дейінгі мерзімге белгіленген

Инвалидность установлена на срок до

Қайта куәландыру күні 20__ жылғы «__» _____

Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Мөр орны

Бөлім басшысы _____ (_____)

Место печати

Руководитель отдела (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20__ жылғы «__» _____

Дата

Приложение 6 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 20
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы
Форма

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

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

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ жылғы «__» _____

Дата рождения

Мекенжайы _____

Адрес

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын құжат

20 ____ жылғы «__» _____ № ____

Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного
социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

_____%

(жазбаша/прописью)

Белгіленген күні 20__ жылғы «__» _____

Дата установления

Мерзімі 20__ жылғы «__» бастап есептелді

Срок зачтен с

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі

20__ жылғы «__» _____ дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің себебі _____

Причина степени утраты общей трудоспособности

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды _____

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20__ жылғы «__» _____

Дата

Приложение 7 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 21
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы
Форма

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

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

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні ____ жылғы «__» _____

Дата рождения

Мекенжайы _____

Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті 20__ жылғы «__» ____ № _____

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы/

полное наименование работодателя)

Негізгі диагноз: _____

Основной диагноз: _____

Ілеспелі аурулардың диагнозы: _____

Диагноз сопутствующих заболеваний _____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %

_____ пайызда белгіленді

(первично/алғашрет/повторно/қайтадан) (жазбаша/прописью)

Установлена в процентах степень утраты профессиональной
трудоспособности

Белгіленген күні 20__ жылғы «__» _____

Дата установления

Мерзімі 20__ жылғы «__» бастап есептелді

Срок зачтен с

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі

20__ жылғы _____ «__» дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок
до

Қайта куәландыру күні 20__ жылғы «__» _____

Дата переосвидетельствования

Негіздеме:

медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Мөр орны

Бөлім басшысы _____ (_____)

Место печати

Руководитель отдела (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20 жылғы «__» _____

Дата

(линия отреза)

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан және
медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірме**

**Выписка из справки о степени утраты профессиональной трудоспособности
и акта медико-социальной экспертизы _____ серия №**

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ жылғы «__» _____

Дата рождения

Мекенжайы _____

Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті 20__ жылғы «__» _____ № _____

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы/

полное наименование работодателя)

Негізгі диагноз: _____

Основной диагноз: _____

Ілеспелі аурулардың диагнозы: _____

Диагноз сопутствующих заболеваний _____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %

пайызда белгіленді _____

(первично/алғаш рет/повторно/қайтадан) (жазбаша/прописью)

Установлена в процентах степень утраты профессиональной
трудоспособности

Белгіленген күні 20__ жылғы «__» _____

Дата установления

Мерзімі 20__ жылғы «__» бастап есептелді

Срок зачтен с

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__ жылғы «__» _____

дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок
до

Қайта куәландыру күні 20__ жылғы «__» _____

Дата переосвидетельствования

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне катысу фактісін растайтын құжат

20__ жылғы «__» № _____

Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного
социального

страхования

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %

_____ пайызда белгіленді

(первично/алғаш рет/повторно/қайтадан) (жазбаша/прописью)

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20__ жылғы «__» _____

Дата установления

Мерзімі 20__ жылғы «__» бастап есептелді

Срок зачтен с

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі

20__ жылғы «__» _____ дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің себебі _____

Причина степени утраты общей трудоспособности

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № ____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Мөр орны

Бөлім басшысы _____ (_____)

Место печати

Руководитель отдела (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20 жылғы «__» _____

Дата

Приложение 8 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 22
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы
Форма

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге
мұқтаждығы туралы қорытынды**

**Заклучение о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных
видах помощи и уходе серия №**

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ жылғы «__» _____

Дата рождения

Мекенжайы _____

Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ % себебі _____

Степень утраты профессиональной трудоспособности причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__ жылғы «__» дейінгі
мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок
до

Жазатайым оқиға туралы акті 20__ жылғы «__» №__

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы/полное
наименование

работодателя)

Диагнозы: _____

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж _____

Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе _____

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды _____

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20 жылғы «__» _____

Дата

(линия отреза)

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

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

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ жылғы «___» _____

Дата рождения

Мекенжайы _____

Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ % себебі _____

Степень утраты профессиональной трудоспособности причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 _____ жылғы «___» дейінгі
мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок
до

Жазатайым оқиға туралы акті «___» _____ 20__ жылғы № _____

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы/

полное наименование работодателя)

Диагнозы: _____

Диагноз: _____

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж _____

Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе _____

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды _____

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20 жылғы « ____ » _____

Дата

Приложение 9 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 23
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы
Форма

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

Мүгедектік тағайындалмауы туралы хабарлама
Извещение о не установлении инвалидности

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ топтағы мүгедектігі бар адам

Дата рождения

Лицо с инвалидностью _____ группы

Мекенжайы _____

Адрес

Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде қайта куәландырудан өтті,

Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе

Мүгедектігі бар адам деп танылған жоқ.

Лицом с инвалидностью не признан (а).

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды _____

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20 жылғы « ____ » _____

Дата

(линия отреза)

(уәкілетті орган/уполномоченный орган)

(өңір, бөлім, мекенжайы/регион, отдел, адрес)

Мүгедектік тағайындалмауы туралы хабарлама

Извещение о не установлении инвалидности

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні _____ топтағы мүгедектігі бар адам

Дата рождения Лицо с инвалидностью _____ группы

Мекенжайы _____

Адрес _____

Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде қайта куәландырудан өтті

Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе _____

Мүгедектігі бар адам деп танылған жоқ.

Лицом с инвалидностью не признан (а).

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

Бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды _____

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Күні 20 жылғы «___» _____

Дата

Мүгедектік тағайындалмауы туралы хабарламаны алдым _____ (_____)

Извещение о не установлении инвалидности получил (а) (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)/

Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 10 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 24
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

**Журнал учета обжалований экспертных заключений, вынесенных в заочном
проактивном освидетельствовании (переосвидетельствовании)**

№ Ак-та МСЭ	Дата регистра-ции обжа-лования	№ регистра-ции обра-щения	Дата рассмотрения террито-риальным департаментом	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) заместителя руководителя территориального департамента
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Дата рассмотре-ния КРКССЗН	Фамилия, имя, отчество (при его нали-чии) специалиста КРКССЗН	Экспертное заключение экспертов МСЭ	Экспертное заключение экстеррито-риального ОМК МСЭ
6	7	8	9

продолжение таблицы

Дата вынесения экспертного заключе-ния	Дата регистрации исходящего письма	№ исходящего пись-ма	Статус рассмотрения жа-лобы
10	11	12	13

Приложение 11 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 15 октября 2026 года
№ 406

Приложение 26
к Правилам проведения
медико-социальной экспертизы

Форма

**Протокол от _____ 20__ года о выявлении факта представления
недостовверных документов на медико-социальную экспертизу/
необоснованного вынесения экспертного заключения к
Акту медико-социальной экспертизы № _____ от _____ 20__ года**

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2. Туған күні _____ жылғы «__» _____

Дата рождения _____

3. Дата освидетельствования _____

4. Клиникалық-сараптама диагнозы: _____

Клинико-экспертный диагноз: _____

4.1. Негізгі диагноз _____

Основной диагноз _____

4.2. Ілеспелі аурулардың диагнозы _____

Диагноз сопутствующих заболеваний

5. Мүгедектік категориясы/тобы _____

Категория/группа инвалидности

5.1. Мүгедектіктің себебі _____

Причина инвалидности

5.2. Мүгедектіктің мерзімі _____

Срок инвалидности

5.3. Мүгедектіктің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «____» дейін

Инвалидность установлена на срок до

5.4. Мүгедектіктің мерзімі 20____ жылғы «____» бастап есептелді

Срок инвалидности зачтен с

6. ЖЕА дәрежесі _____ %

Степень УОТ (жазбаша/прописью)

6.1. ЖЕА дәрежесінің себебі _____

Причина степени УОТ

6.2. ЖЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «____» _____
дейін

Степень УОТ установлена на срок до

6.3. ЖЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «____» бастап есептелді

Срок степени УОТ зачтен с

7. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____ %

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

7.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

7.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

7.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «____» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

7.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «____» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

8. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____ % _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

8.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

8.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

8.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «____» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

8.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «____» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

9. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____ % _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

9.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

9.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

9.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «____» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

9.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «____» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

10. Жазатайым оқиға туралы актісі бойынша КЕА дәрежесі _____ % _____

Степень УПТ по Акту о несчастном случае (жазбаша/прописью)

10.1. КЕА себебі _____

Причина УПТ

10.2. КЕА дәрежесінің мерзімі _____

Срок степени УПТ

10.3. КЕА дәрежесінің белгіленген мерзімі 20____ жылғы «____» дейін

Степень УПТ установлена на срок до

10.4. КЕА дәрежесінің мерзімі 20____ жылғы «____» бастап есептелді

Срок степени УПТ зачтен с

11. Оңалту жөніндегі ұсынымдар:

Рекомендации по реабилитации:

11.1. медициналық оңалту _____

медицинская реабилитация

11.2. әлеуметтік оңалту _____

социальная реабилитация

11.3. кәсіптік оңалту _____

профессиональная реабилитация _____

12. Зақым келген қызметкердің қосымша көмекке және күтім түрлеріне
мұқтаждығы

Нуждаемость пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и
уходе

13. МӘС ӘББ қорытындыны негіздеу _____

Обоснование заключения ОМК МСЭ

МӘС ӘББ бас мамандар _____ (_____)

Главные специалисты ОМК МСЭ (қолы/подпись)

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ (ЭЦП)

_____ (ЭЦП)

_____ (ЭЦП)

МӘС ӘБ бөлімінің басшысы _____

(ЭЦП) Руководитель отдела МК МСЭ

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)