

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. П.М. МАШЕРОВА»**

*БИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ*

*кафедра анатомии и физиологии*

Т.Ю. Крестьянинова, Е.П. Боброва

ЭЛЕКТРОННЫЙ  
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС  
**«Врачебно-трудовая экспертиза»**

**для специальности 1-86 01 01-01 – «Социальная работа (СПД)»**

**Витебск 2012**

Составитель: **Т.Ю. Крестьянинова**, к.б.н., доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины УО «ВГУ им. П.М. Машерова», **Е.П. Боброва**, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Рецензенты: **Г.А. Захарова**, к.б.н., доцент кафедры анатомии и физиологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Курс лекций предназначен для студентов специальности 1-86 01 01-01 «Социальная работа (социально-педагогическая деятельность)». Представлены современные подходы к проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в соответствии с современной концепцией последствий болезни. Рассмотрены основные положения медицинской, медико-профессиональной, профессиональной и социальной реабилитации, приводятся основные критерии оценки эффективности проведенной реабилитации, а также типовые реабилитационные программы с учетом выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

**Карта электронного учебно-методического комплекса  
«Врачебно-трудовая экспертиза»**

<b>Содержание учебно-методического комплекса</b>	<b>Стр.</b>
<b>1.</b> Организационно-методический раздел:.....	4
<b>1.1.</b> Цели и задачи дисциплины.....	4
<b>1.2.</b> Требования к уровню освоения содержания курса.....	4
<b>1.3.</b> Перечень дисциплин с указанием разделов, усвоение которых необходимо для изучения курса «Врачебно-трудовая экспертиза».....	4
<b>2.</b> Содержание разделов и тем учебной дисциплины.....	5-14
<b>2.1.</b> Базовая учебная программа курса.....	5-8
<b>2.2.</b> Учебная программа курса.....	8-14
<b>2.2.1.</b> Объем дисциплины и виды учебной работы ДО.....	8-13
<b>2.2.2.</b> Объем дисциплины и виды учебной работы ЗО.....	13-14
<b>3.</b> Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Врачебно-трудовая экспертиза».....	14-110
<b>4.</b> Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Врачебно-трудовая экспертиза».....	37-
<b>4.1.</b> Практические занятия.....	111-120
<b>4.2.</b> Вопросы к зачету.....	111-119
<b>4.3.</b> Темы самостоятельной работы.....	119-120
<b>5.</b> Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	121
<b>6.</b> Учебно-методическое обеспечение дисциплины.....	121

## 1. Организационно-методический раздел

### 1.1. Цели и задачи дисциплины:

#### Цель преподавания дисциплины:

- ознакомление студентов с основами врачебно-трудовой экспертизы, организацией и основными принципами работы врачебно-консультативной комиссии и ВТЭК, экспертизой временной и стойкой нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

#### Задачи преподавания дисциплины:

- ознакомить студентов с организационной структурой и принципами работы ВКК и ВТЭК;
- научить распознаванию признаков стойкой и временной нетрудоспособности человека;
- ознакомить с нормативными документами, регламентирующими права и обязанности медицинских работников в вопросах ВТЭК;
- сформировать навыки оказания больным и инвалидам социальной помощи в процессе освидетельствования и переосвидетельствования на ВТЭК;
- дать представление о правилах выдачи листка нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах, по беременности и родах, для санаторно-курортного лечения и пр.;

### 1.2. Требования к уровню освоения содержания курса

При изучении курса «Врачебно-трудовая экспертиза» студенты факультета социальной педагогики и практической психологии должны быть готовы оказать инвалиду помощь по целому ряду вопросов юридического, психологического, педагогического и, что очень важно, медико-социального характера.

### 1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов (тем), усвоение которых студентами необходимо для изучения дисциплины

№	Наименование дисциплины	Раздел. тема
1	Анатомия человека	Строение всех органов и систем
2	Физиология человека	Строение всех органов и систем
3	Возрастная физиология	Возрастные особенности детей и подростков, лиц пожилого и старческого возраста
4	Основы медицинских знаний	Все разделы
5	Основы педиатрии	Все разделы
6	Основы психиатрии	Все разделы

## 2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины

### 2.1. Базовая программа курса

#### *СОДЕРЖАНИЕ КУРСА:*

#### **Тема № 1. Врачебно-трудовая экспертиза. Введение в предмет. Основы организации врачебно-трудовой экспертизы.**

Определение понятия «трудоспособность». Трудоспособность, как медико-социальное явление. Право граждан Республики Беларусь на труд. Социальное страхование граждан. Врач, как эксперт трудоспособности пациента.

#### **Тема № 2. Виды и степени нарушения трудоспособности. Инвалидность.**

Определение понятия нетрудоспособности. Степени утраты трудоспособности: полная и частичная. Стойкая (постоянная), длительная и временная утрата трудоспособности. Причины, виды и степени временной нетрудоспособности. Причины и степени постоянной утраты трудоспособности. Инвалидность.

#### **Тема № 3. Экспертиза временной нетрудоспособности.**

Понятие о временной нетрудоспособности. Виды временной нетрудоспособности. Больничный листок и другие документы, удостоверяющие временную утрату трудоспособности. Основные категории граждан, имеющих право на получение больничного листка (листка нетрудоспособности). Документы о временной нетрудоспособности граждан, на которых не распространяется социальное страхование.

#### **Тема № 4. Правила выдачи и заполнения больничных листков.**

Учреждения здравоохранения, имеющие право выдачи больничных листков. Учреждения здравоохранения, не имеющие право выдачи больничных листков. Выдача больничных листков фельдшерами. Выдача больничных листков врачами научно-исследовательских и медицинских институтов. Порядок выдачи больничных листков до начала и в период трудовой деятельности, членам колхозов, бывшим военнослужащим и другим категориям граждан. Случаи, когда больничный лист не выдается. Учет и хранение больничных листков и справок о временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях.

Оформление больничных листков и справок о временной нетрудоспособности. Порядок выдачи дубликатов больничных листков.

#### **Тема №5. Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях и органах здравоохранения.**

Общие положения. Организация работы и обязанности лечащего врача и заведующего отделением поликлинического лечебно-профилактического учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности. Организация работы и обязанности лечащего врача и заведующего отделением по экспертизе временной нетрудоспособности в стационарах лечебно-профилактических учреждений. Организация работы и обязанности заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности. Организация работы и обязанности главного врача лечебно-профилактического учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности. Ответственность медицинских работников за нарушение правил экспертизы временной нетрудоспособности.

## **Тема №6. Порядок выдачи больничных листков и справок при заболеваниях, травмах и протезировании.**

Основные принципы определения временной нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Медицинские работники, имеющие право выдачи больничных листков. Порядок выдачи больничных листков в специализированных лечебных учреждениях. Порядок выдачи больничных листков и справок о временной нетрудоспособности при травмах. Порядок выдачи справок о временной нетрудоспособности при травмах, связанных с опьянением. Сроки единовременной выдачи больничных листков и справок о временной нетрудоспособности лечащими врачами. Продление больничных листков и справок о временной нетрудоспособности. Порядок выдачи больничных листков при обращении больных в здравпункты. Порядок выдачи больничных листков при лечении и выписке больных из стационара. Порядок выдачи больничных листков при протезировании. Порядок выдачи больничных листков для специального лечения и другом городе.

## **Тема №7. Организация работы и функции ВКК (врачебно- консультативной комиссии) в лечебно-профилактических учреждениях.**

Общие положения о структуре и работе ВКК. Основные задачи и функции ВКК. Порядок продления листка нетрудоспособности врачебно- консультативной комиссией. Выдача заключений об освобождении от переводных и выпускных экзаменов учащихся общеобразовательных школ, о необходимости предоставления академического отпуска или переводе на другой факультет по состоянию здоровья студентов и учащихся. О праве граждан на первоочередное получение жилой площади или пользования дополнительной (отдельной) жилой площадью по состоянию здоровья. Выдача медицинского заключения на детей-инвалидов с детства в возрасте до 16 лет.

## **Тема №8. Порядок выдачи больничных листков беременным женщинам и кормящим матерям.**

Выдача больничных листков по беременности и родам. Порядок выдачи больничных листков при заболеваниях и травмах в период беременности, в послеродовом периоде и во время отпуска по уходу за ребенком. Выдача больничных листков и справок при операции искусственного прерывания беременности. Переводы беременных и кормящих матерей на более легкую работу по заключению ВКК.

## **Тема №9. Порядок выдачи больничных листков и справок по уходу за больным членам семьи и по карантину.**

Порядок выдачи больничных листков по уходу. Выдача справок по уходу за больными детьми. Порядок выдачи справок по уходу неустановленной формы. Порядок трудоустройства и выдачи больничного листка при карантине. Пути снижения заболеваемости среди детей.

## **Тема №10. Порядок выдачи больничных листков для санаторно-курортного лечения.**

Отбор больных для санаторно-курортного лечения, выдача справок для получения путевки. Порядок выдачи путевок. Порядок выдачи санаторно- курортных карт. Порядок выдачи больничных листков для санаторно- курортного лечения.

## **Тема №11. Порядок выдачи заключений ВКК лечебно- профилактических учреждений при трудоустройстве и переводе на более легкую работу.**

Значение трудоустройства. Предварительные (при поступлении на работу) и периодические осмотры трудящихся. Основные формы переводов и медицинские показания к переводу на более легкую работу по заключению ВКК. Сроки перевода на более легкую работу по заключениям

ВКК. Виды материального обеспечения рабочих и служащих при переводе на более легкую работу по заключениям ВКК.

#### **Тема №12. Экспертиза стойкой нетрудоспособности.**

Принципы оценки трудоспособности человека. Причины стойкой потери трудоспособности (инвалидности). Группы инвалидности и критерии их определения. Основания для направления больных на ВТЭК. Оформление документов и выдача больничного листка при направлении больных на ВТЭК. Порядок и кратность переосвидетельствования инвалидов на ВТЭК.

#### **Тема №13. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях сердечнососудистой системы.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов кровообращения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №14. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов дыхания.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов дыхания. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №15. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов пищеварения.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов пищеварения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №16. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов мочевого выделения.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов мочевого выделения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №17. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях эндокринной системы.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях эндокринной системы. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №18. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №19. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **Тема №20. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях нервной системы.**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях нервной системы. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

## Тема №21. Врачебно-трудовая экспертиза при психических заболеваниях.

Временная и стойкая утрата трудоспособности при психических заболеваниях. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

## Тема №22. Инвалиды детства. Особенности врачебно-трудовой экспертизы.

Причины инвалидности детей. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

### 2.2. Учебная программа курса

#### 2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	46	X
Количество аудиторных часов	34	
Лекции	20	
Практические	14	
Лабораторные	-	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты	-	
Вид итогового контроля		Зачет X семестр

#### Содержание учебного материала ДО

##### Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	2	3	4
1.	Врачебно-трудовая экспертиза. Введение в предмет. Основы организации врачебно-трудовой экспертизы. Виды и степени нарушения трудоспособности. Инвалидность.	Определение понятия «трудоспособность». Трудоспособность, как медико-социальное явление. Право граждан Республики Беларусь на труд. Социальное страхование граждан. Врач, как эксперт трудоспособности пациента. Определение понятия нетрудоспособности. Степени утраты трудоспособности: полная и частичная. Стойкая (постоянная), длительная и временная утрата трудоспособности. Причины, виды и степени временной нетрудоспособности. Причины и степени постоянной утраты трудоспособности. Инвалидность.	2



2.	Экспертиза временной нетрудоспособности.	Понятие о временной нетрудоспособности. Виды временной нетрудоспособности. Больничный листок и другие документы, удостоверяющие временную утрату трудоспособности. Основные категории граждан, имеющих право на получение больничного листка (листка нетрудоспособности). Документы о временной нетрудоспособности граждан, на которых не распространяется социальное страхование.	2
3.	Правила выдачи и заполнения больничных листков.	Учреждения здравоохранения, имеющие право выдачи больничных листков. Учреждения здравоохранения, не имеющие право выдачи больничных листков. Выдача больничных листков фельдшерами. Выдача больничных листков врачами научно-исследовательских и медицинских институтов. Порядок выдачи больничных листков до начала и в период трудовой деятельности, членам колхозов, бывшим военнослужащим и другим категориям граждан. Случаи, когда больничный лист не выдается. Учет и хранение больничных листков и справок о временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях. Оформление больничных листков и справок о временной нетрудоспособности. Порядок выдачи дубликатов больничных листков.	2
4.	Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях и органах здравоохранения.	Общие положения. Организация работы и обязанности лечащего врача и заведующего отделением поликлинического лечебно-профилактического учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности. Организация работы и обязанности лечащего врача и заведующего отделением по экспертизе временной нетрудоспособности в стационарах лечебно-профилактических учреждений. Организация работы и обязанности заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности. Организация работы и обязанности главного врача лечебно-профилактического учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности. Ответственность медицинских работников за нарушение правил экспертизы временной нетрудоспособности.	2
5.	Порядок выдачи больничных листков и справок при	Основные принципы определения временной нетрудоспособности при заболеваниях и	2

	заболеваниях, травмах и протезировании.	травмах. Медицинские работники, имеющие право выдачи больничных листов. Порядок выдачи больничных листов в специализированных лечебных учреждениях. Порядок выдачи больничных листов и справок о временной нетрудоспособности при травмах. Порядок выдачи справок о временной нетрудоспособности при травмах, связанных с опьянением. Сроки единовременной выдачи больничных листов и справок о временной нетрудоспособности лечащими врачами. Продление больничных листов и справок о временной нетрудоспособности. Порядок выдачи больничных листов при обращении больных в здравпункты. Порядок выдачи больничных листов при лечении и выписке больных из стационара. Порядок выдачи больничных листов при протезировании. Порядок выдачи больничных листов для специального лечения и другом городе.	
6.	Организация работы и функции ВКК (врачебно-консультативной комиссии) в лечебно-профилактических учреждениях.	Общие положения о структуре и работе ВКК. Основные задачи и функции ВКК. Порядок продления листка нетрудоспособности врачебно-консультативной комиссией. Выдача заключений об освобождении от переводных и выпускных экзаменов учащихся общеобразовательных школ, о необходимости предоставления академического отпуска или переводе на другой факультет по состоянию здоровья студентов и учащихся. О праве граждан на первоочередное получение жилой площади или пользования дополнительной (отдельной) жилой площадью по состоянию здоровья. Выдача медицинского заключения на детей-инвалидов с детства в возрасте до 16 лет.	2
7.	Порядок выдачи больничных листов беременным женщинам и кормящим матерям. Порядок выдачи больничных листов и справок по уходу за больным членом семьи и по карантину.	Выдача больничных листов по беременности и родам. Порядок выдачи больничных листов при заболеваниях и травмах в период беременности, в послеродовом периоде и во время отпуска по уходу за ребенком. Выдача больничных листов и справок при операции искусственного прерывания беременности. Переводы беременных и кормящих матерей на более легкую работу по заключению ВКК. Порядок выдачи больничных листов по уходу. Выдача справок по уходу за больными детьми. Порядок выдачи справок по уходу неустановленной формы. Порядок	2

		трудоустройства и выдачи больничного листка при карантине. Пути снижения заболеваемости среди детей.	
8.	Порядок выдачи больничных листов для санаторно-курортного лечения. Порядок выдачи заключений ВКК лечебно-профилактических учреждений трудоустройстве и переводе на более легкую работу.	Отбор больных для санаторно-курортного лечения, выдача справок для получения путевки. Порядок выдачи путевок. Порядок выдачи санаторно-курортных карт. Порядок выдачи больничных листов для санаторно-курортного лечения. Значение трудоустройства. Предварительные (при поступлении на работу) и периодические осмотры трудящихся. Основные формы переводов и медицинские показания к переводу на более легкую работу по заключению ВКК. Сроки перевода на более легкую работу по заключениям ВКК. Виды материального обеспечения рабочих и служащих при переводе на более легкую работу по заключениям ВКК.	2
9.	Экспертиза стойкой нетрудоспособности.	Принципы оценки трудоспособности человека. Причины стойкой потери трудоспособности (инвалидности). Группы инвалидности и критерии их определения. Основания для направления больных на ВТЭК. Оформление документов и выдача больничного листка при направлении больных на ВТЭК. Порядок и кратность переосвидетельствования инвалидов на ВТЭК.	4

#### Практические и семинарские занятия, их содержание и объём в часах

№ п/п	Практические и семинарские занятия	Содержание	Объём в часах
1.	Врачебно-трудоустройство экспертная при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.	Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов кровообращения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов дыхания. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2

2.	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов пищеварения и эндокринной системы.	Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов пищеварения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях эндокринной системы. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2
3.	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов мочевыделения. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.	Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов мочевыделения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2
4	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.	Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2
5	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях нервной системы.	Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях нервной системы. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2
6	Врачебно-трудовая экспертиза при психических заболеваниях.	Временная и стойкая утрата трудоспособности при психических заболеваниях. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2

7	Инвалиды детства. Особенности врачебно-трудовой экспертизы.	Причины инвалидности детей. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.	2
---	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

### 2.2.2 Объем дисциплины и виды учебной работы, 30

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	46	X
Количество аудиторных часов	10	
Лекции	8	
Практические	2	
Лабораторные	-	
Самостоятельная работа		
Курсовая работа/рефераты		
Вид итогового контроля		Зачет X семестр

### Содержание учебного материала 30

#### Наименование тем, их содержание, объем в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Врачебно-трудовая экспертиза. Введение в предмет. Основы организации врачебно-трудовой экспертизы. Виды и степени нарушения трудоспособности	Определение понятия «трудоспособность». Трудоспособность, как медико-социальное явление. Право гражданина РБ на труд. Социальное страхование граждан. Врач, как эксперт трудоспособности пациента. Определение понятия нетрудоспособности. Степень утраты трудоспособности: полная и частичная. Стойкая (постоянная), длительная и временная утрата трудоспособности. Причины, виды и степени временной нетрудоспособности. Причины и степени постоянной утраты трудоспособности. Инвалидность.	4
2	Экспертиза временной нетрудоспособности	Понятие о временной нетрудоспособности. Виды временной нетрудоспособности. Больничный листок и другие документы, удостоверяющие временную утрату трудоспособности. Основные категории граждан, имеющие право на получение больничного листка. Документы о временной нетрудоспособности граждан, на которых не распространяется социальное страхование.	2
3	Правила выдачи и заполнения больничных листков	Учреждения здравоохранения, имеющие право выдачи больничных листков. Учреждения здравоохранения, не имеющие право выдачи больничных листков. Порядок выдачи больничных листков до начала и в период трудовой деятельности. Случаи. Когда	2

	больничный лист не выдается. Учет и хранение больничных листков и справок о временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях. Оформление больничных листков и справок. Порядок выдачи дубликатов больничных листков.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### Практические и семинарские занятия, их содержание и объем в часах

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объем в часах
1	Врачебно-трудовая экспертиза. Введение в предмет. Основы организации врачебно-трудовой экспертизы. Виды и степени нарушения трудоспособности	Определение понятия «трудоспособность». Трудоспособность, как медико-социальное явление. Право гражданина РБ на труд. Социальное страхование граждан. Врач, как эксперт трудоспособности пациента. Определение понятия нетрудоспособности. Степень утраты трудоспособности: полная и частичная. Стойкая (постоянная), длительная и временная утрата трудоспособности. Причины, виды и степени временной нетрудоспособности. Причины и степени постоянной утраты трудоспособности. Инвалидность.	2

### 3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «Врачебно-трудовая экспертиза»

ЛЕКЦИЯ № 1

#### **Врачебно-трудовая экспертиза. Введение в предмет. Основы организации врачебно-трудовой экспертизы. Виды и степени нарушения трудоспособности. Инвалидность.**

Проблема неполнофункциональных граждан общества известна с древних времен и ее решение всегда зависело от экономического, политического, культурного уровня конкретной страны и от этапа развития общества в целом. Пройдя путь от идей неприязни и физического уничтожения инвалидов, общество пришло к пониманию необходимости интеграции и реинтеграции в общество лиц с различными физическими дефектами и психосоциальными нарушениями. Ведь с позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного конкретного человека, а всего общества в целом. Его интеграция в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др.

А.В. Чоговадзе и др. (1998) указывает, что система этапов и видов лечения, направленных на достижение максимально возможного результата в борьбе с болезнью, на наиболее быстрое возвращение больных к обычным условиям жизни и деятельности, т.е. ориентированных на снижение трудовых потерь, предотвращение или снижение инвалидизации населения, есть не что иное, как система медицинской реабилитации. Исходя из этого понятно, что **реабилитология – это наука, которая изучает закономерности, методы и средства восстановления**

**морфологических структур и функциональных возможностей человека, утраченных им в результате того или иного заболевания, травмы или врожденных дефектов в формировании и развитии организма, а также связанные с этим восстановлением социальные последствия.**

Безусловно, изначально понятие «реабилитация» не касалось медицины. Согласно словаря С.И. Ожегова «Реабилитировать- восстанавливать прежнюю незапятнанную репутацию или восстановить в прежних правах». Словарь иностранных слов трактует реабилитацию как «восстановление доброго имени, прежней репутации».

Однако, реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов. Врачи Древней Греции и Рима также использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. В этих же странах широко применяли массаж как гигиеническое и лечебное средство, а также с целью повышения работоспособности. Основоположнику медицины Гиппократу принадлежит следующее высказывание «Врач должен быть опытен во многих вещах и, между прочим, в массаже».

В это же время стали уделять внимание и нетрудоспособным гражданам, получившим увечье при защите отечества. Так, в Римской империи легионерам, получившим увечье в военных походах, предоставлялись земельные наделы с рабами и единовременным материальным вознаграждением.

В эпоху средневековья отношение к неполнофункциональным гражданам ухудшилось, что выражалось в задержке развития организационных форм оказания помощи и только введение христианства способствовало становлению более высокого, чем ранее, уровня отношения к инвалидам в виде общественного и частичного призрения. При монастырях стали открываться приюты и богадельни, в которых призреваемые должны были отрабатывать предоставляемые им кров и пищу.

В это время понятие «инвалид» применялось только к бывшим военнослужащим, которые из-за увечья или болезни не могли содержать себя и в силу этого направлялись в приют. Это было широко распространено во многих странах Европы.

Однако далеко не все нуждающиеся имели возможность проживания в приютах, несмотря на то, что условия пребывания в них были крайне скромными, питание очень бедным, а медицинская помощь практически отсутствовала. Безусловно, в те времена ни в одной из стран не ставился вопрос о восстановлении призреваемых лиц до уровня полноценных членов общества, хотя следует отметить, что уже наметились определенные сдвиги в области восстановительного лечения и материальной компенсации.

Следует отметить, что картина динамики проблемы инвалидности имеет свои нюансы в каждой стране. Поэтому обратимся к истории развития проблемы инвалидности на примере средневековой Руси, как общих предков современных славянских народов, включая нынешнюю Беларусь.

После введения христианства на Руси отношение общества к лицам с ограниченными возможностями сводилось к кормлению нищих, в годы правления князя святого Владимира на Руси появились первые больницы в которых оказывалась медицинская помощь. При многих монастырях устраивались особые помещения для нищих и убогих в соответствии с Церковным уставом 996 г., в котором в обязанности духовенства вменялись надзор и попечение.

В последующие столетия на Руси грандиозными масштабами развивается нищенство, издается Указ о регистрации всех «прокаженных и престаревшихся» и о введении дифференцированного подхода к нуждающимся. При этом рекомендуется либо призрение в богадельнях, либо «питание по дворам», либо привлечение к работам на добровольной основе или в принудительном порядке. В это же время начинают формироваться ростки медико-социальной экспертизы, в результате чего в 1663 г. был издан Указ о назначении инвалидам-раненым и пришедшим из плена денежного и кормового довольствия. Инвалиды по этому указу делились на

две категории – тяжело- и легкораненные, а с 1678 г. инвалиды подразделялись уже на три разряда: тяжело-, средне- и легкораненных.

Систематизация мероприятий в сфере общественного призрения происходит при императоре Петре I – появляется дифференциация нуждающихся по их потенциалу (трудоспособные, профессиональные нищие, временно нетрудоспособные и т.д.). В 1700 г. император пишет о создании во всех губерниях богаделен для старых и увечных, а также госпиталей для незаконнорожденных («засорных») детей и сиротских домов.

В 1775 г. Екатерина II повелела создать в 40 губерниях целую сеть специальных учреждений, именуемых «Приказами общественного призрения», которым вменялось попечение народных школ, сиротских домов, госпиталей и больниц, домов для умалишенных и др. С введением в 1802 г. императором Александром I министерств вопросы общественного призрения было поручено решать министерству внутренних дел. В 1811 г. при Александре I все инвалиды войны были разделены на 3 разряда в зависимости от сохранившейся работоспособности. К каждому из этих разрядов применялся дифференцированный подход при распределении по различным службам внутренней охраны.

В 1814 г. в день первой годовщины Кульмского боя был учрежден «Комитет 18 августа 1814 г.», впоследствии преобразованный в «Александровский комитет о раненых». Первоначально этот комитет имел задачей оказывать помощь исключительно неимущим изувеченным офицерам, но в дальнейшем он оказывал некоторую помощь и нижним чинам. по степени тяжести инвалидности офицеры разделялись на 3 класса. К первому классу относились инвалиды, находящиеся в состоянии беспомощности, нуждающиеся в постороннем уходе, ко второму классу – нуждающиеся в постороннем уходе в исключительных случаях, к третьему классу – имеющие «недостатки и повреждения, затрудняющие отправление и действие некоторых органов и частей тела». За время управления Александра I в Санкт-Петербурге были созданы: медико-филантропический Комитет (1816 г.), Попечительский Комитет о бедных (1819 г.), Институт слепых (1819 г.), Дом воспитания бедных детей (1819 г.). В последующем возникли так называемые «дома трудолюбия» в Петербурге в 1886 г., Пскове в 1887 г., Смоленске в 1888 г., функции которых заключались в нравственном перевоспитании и развитии способностей для дальнейшей самостоятельной трудовой деятельности.

В эти же годы происходит разделение инвалидов войны на три класса или разряда в зависимости от сохранившейся работоспособности. К первому классу относились инвалиды, находящиеся в состоянии беспомощности и нуждающиеся в постороннем уходе, ко второму классу – нуждающиеся в постороннем уходе в исключительных случаях, к третьему классу – «имеющие недостатки и повреждения, затрудняющие отправление и действие некоторых органов и частей тела».

В конце XIX – начала XX столетия возникают понятия «полной и частичной трудоспособности», а в 1903 г. издаются «Правила для определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень утраты трудоспособности выражалась в процентах. Было указано, что владельцы предприятий обязаны были лечить пострадавшего и уплачивать ему денежное пособие во время лечения и пенсию в случае наступления инвалидности. Однако вознаграждение по этому закону могли получать лишь те лица, несчастные случаи, с которыми не были вызваны грубой неосторожностью пострадавшего. Пострадавшие должны были на суде привести доказательства того, что несчастный случай произошел по вине нанимателя, а не рабочего.

В 1905 г. П.В. Васильевым была предложена и научно обоснована четырехгрупповая классификация инвалидности, в которой автор дал следующую характеристику утраты трудоспособности: первая группа определялась лицам с полной потерей трудоспособности, вторая – лицам со значительно ограниченной трудоспособностью, третья группа характеризовалась ограничением трудоспособности средней степени, четвертая – ограничением трудоспособности слабой степени.



Однако, данная система не имела практического применения так как в то время в России пользовались по специальным таблицам процентной системой определения степени утраты трудоспособности, позаимствованной в Германии.

Начиная с 1908 г. в России стали организовываться врачебные консультационные бюро, явившиеся прообразом экспертных учреждений, главная задача которых заключалась в оценке трудоспособности больных с учетом характера заболевания или травмы. В состав консультационных бюро входило от трех до пяти врачей, и размещались они на базе городских больниц.

В 1912 г. царским правительством был издан закон «о признании нижних воинских чинов». В этом «положении» инвалиды, в зависимости от степени утраты трудоспособности, делились на 5 разрядов, каждому из которых устанавливался определенный размер пенсии.

В этот период получила развитие экспертиза временной нетрудоспособности, начало которой было положено в 1913 г. в виде создания больничных касс.

Дальнейшее свое развитие медико-социальная экспертиза получила после Октябрьской революции. Так 22 декабря 1917 г. был издан «декрет «О страховании на случай болезни», а 31 октября 1918 г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся» согласно которого «наличие инвалидности и степень ее устанавливаются медицинской экспертизой, учреждаемой при страховой кассе». В соответствии с этим Положением в Кодексе законов о труде 1918 г. было записано, что факт постоянной или временной утраты трудоспособности удостоверяется медицинским освидетельствованием, проводимым бюро врачебной экспертизы при общегородских, районных и областных страховых кассах. В это время в России была принята пятигрупповая классификация инвалидности, в соответствии с которой I группа определялась при утрате трудоспособности более 75%, II группа – 60-74%, III группа – 45-59%, IV группа – 30-44%, V группа – 15-29%. Бюро врачебно-экспертной комиссии (БВЭ) состояло из врачебно-экспертной комиссии (ВЭК) и рабочей комиссии (РК). ВЭК проводила медицинскую экспертизу, а РК принимала окончательное решение на основе заключения ВЭК с учетом профессиональных моментов. В составе ВЭК было три врача (терапевт, невропатолог, хирург), а в состав РК входило три или четыре представителя профсоюза и один врач.

15 ноября 1921 г. был издан Советом Народных Комиссаров декрет о социальном страховании, согласно которому последнее распространяется лишь на лиц наемного труда, независимо от того, заняты ли они в государственных, общественных, кооперативных, концессионных, арендных, смешанных или частичных предприятиях, учреждениях и хозяйствах. Декретом были введены четыре вида страхования: 1) от временной нетрудоспособности, 2) от инвалидности, вдовства и сиротства, 3) от безработицы и 4) особое страхование на лечебную помощь. Высшим органом надзора становится Центральное управление социального страхования (Цустрах), организованное при Комиссариате труда и позднее, с ликвидацией последнего, перешедшее в ВЦСПС.

8 декабря 1921 г. Совнарком принял постановление, отменившее процентную систему определения неработоспособности и введшее в страховую практику так называемую «рациональную классификацию инвалидности» с установлением 6 ее групп:

1 группа – инвалид не только не способен ни к какой профессиональной работе, но нуждается в посторонней помощи для удовлетворения собственных нужд.

2 группа – инвалид не способен ни к какой профессиональной работе, но может обходиться без посторонней помощи.

3 группа – инвалид не способен ни в какой регулярной профессиональной работе, но может в некоторой степени добывать себе средства существования случайными и легкими работами.

4 группа – инвалид не может продолжать свою прежнюю профессиональную деятельность, но может перейти на новую профессию более низкой квалификации.

5 группа – инвалид должен отказаться от прежней профессии, но может найти новую профессию такой же квалификации.

6 группа – возможно продолжение прежней профессиональной работы, но только с пониженной производительностью.

Положительным моментом в данной классификации, которую разработал Н.А. Вигдорчик было то, что автор предлагал учитывать при вынесении заключения о трудоспособности не только диагноз больного, но и условия труда данного человека. Таким образом, уже в 20-е годы специалисты бюро врачебной экспертизы должны были учитывать условия труда больного, выносить экспертное заключение о возможности продолжения трудиться в своей основной профессии или необходимости рационального трудоустройства либо ограничении продолжительности труда в своей профессии.

Наряду с положительной стороной классификация имела существенные недостатки, выражающиеся в слишком широком, необоснованном трактовании понятия «инвалидность». Формулировки V и VI групп инвалидности оказались практически несостоятельными и в известной мере вредными, поскольку инвалидами признавались лица фактически трудоспособные, а нуждаемость в кадрах в связи с гражданской войной, начавшейся индустриализацией страны, была очень велика. К тому же пенсионное обеспечение получали только инвалиды первых трех групп.

В 1924 г. Совет Народных Комиссаров РСФСР утвердил «Положение о ВКК», предусматривающее его состав и функции. В состав ВКК входили представитель профсоюзной организации, доверенный врач страховой кассы и два врача по основным специальностям, помимо вопросов, связанных с контролем состояния экспертизы временной нетрудоспособности в лечебных учреждениях, и продления больничных листов, ВКК в ряде случаев занимались определением инвалидности с обязательным последующим утверждением своего решения в БВЭ.

В 20-е годы стали появляться первые общества инвалидов. В 1925 г. было организовано Всероссийское общество слепых (ВОС), а в 1926 г. – Всероссийское общество глухих (ВОГ), которые взяли на себя заботу и ответственность за трудовое устройство данного контингента инвалидов.

На смену ВЭК приходят ВТЭК – врачебно-трудовые экспертные комиссии. Днем рождения последних следует считать 25 июня 1932 г., когда было принято положение о ВТЭК, заменившее прежнее положение о ВЭК.

В 1933 г. БВЭ были реорганизованы во врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) и утверждено новое «Положение о ВТЭК», что, безусловно, было очень важным итогом в процессе дальнейшего развития врачебно-трудовой взаимосвязи органов здравоохранения и органов социальной защиты, т.е. было определено единство подходов в оказании помощи человеку начиная с лечебных мероприятий и заканчивая трудоустройством.

Основными задачами ВТЭК были определены:

экспертное изучение (оценка) состояния здоровья, характера и условий труда больного, на основании чего выносятся решение о степени утраты трудоспособности;

установление времени наступления инвалидности ее группы и социально-биологической причины (общее или профзаболевание, трудовое увечье, инвалидность с детства; ранение, контузия, увечья, полученные при защите СССР или при исполнении обязанностей военной службы и т.д.);

определение процента утраты трудоспособности, возникшей в результате увечья или заболевания, связанного с производством;

определение условий и видов труда, доступных инвалидам по состоянию здоровья (трудовые рекомендации), а также рекомендация мероприятий, способствующих восстановлению их трудоспособности;

повторное освидетельствование инвалидов в регламентированные сроки; изучение динамики и причин инвалидности.

Незадолго до этого, 29 февраля 1932 г., была отменена шестигрупповая система классификации инвалидности и вместо нее введена трехгрупповая.

Согласно этой классификации I группа инвалидности устанавливалась лицам, «утратившим трудоспособность полностью и нуждающимся в постороннем уходе», II группа – «утратившим полностью трудоспособность к профессиональному труду как по своей, так и по какой бы то другой профессии», III группа – «неспособным к систематическому труду по своей профессии в условиях работы, обычных для этой профессии, но могущим использовать свою остаточную трудоспособность: а) либо на нерегулярной работе; б) либо при сокращенном рабочем дне; в) либо в другой профессии со значительным снижением квалификации».

Введение трехгрупповой классификации окончательно ликвидировало процентный принцип определения трудоспособности и утвердило понятие об инвалидности как синтезе медицинского и социального факторов. Эта классификация инвалидности с внесением в нее соответствующих коррективов легла в основу Инструкции по определению групп инвалидности, утвержденной Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1956 г.

В эти же годы перед врачами-экспертами ставится важнейшая задача – изучить возможности рационального трудоустройства. Поэтому, в 1930 г. в Москве создается Институт экспертизы трудоспособности Московского областного отдела здравоохранения, в 1932 г. – Центральный научно-исследовательский институт трудоустройства инвалидов, которые в 1937 г. объединяются в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Аналогичные институты создаются в 1932 –1934 гг. в других городах: в Харькове, Ростове, Горьком, Ленинграде, позже – в Днепропетровске, Виннице, Минске.

Организация этих научно-исследовательских учреждений способствовала разработке научных, теоретических и практических вопросов врачебно-трудовой (а ныне медико-социальной) экспертизы, подготовке кадров, началу изучения и анализа заболеваемости, разработке мероприятий по ее снижению.

Большое значение в улучшении качества экспертизы временной нетрудоспособности имело утверждение 14 августа 1937 г. инструкции «О порядке выдачи застрахованным больничных листов». Эта инструкция не утратила своего значения и до настоящего времени, так как вместе с последовавшими в дальнейшем дополнениями она являлась основным документом, регламентирующим показания к освобождению больных от работы в связи с временной нетрудоспособностью, обусловленной заболеваниями, травмами и др. Много внимания стало уделяться изучению анализа причин заболеваемости и разработке мероприятий по их предупреждению.

Огромные потери трудовых ресурсов нанесла Великая Отечественная война. Появилась новая категория инвалидов – инвалиды Великой Отечественной войны. Особенностью данной категории было то, что в основном это были лица молодого и среднего возраста, которые несмотря на тяжелые последствия ранений и травм, стремились продолжать свою трудовую деятельность. А как указывалось выше, в классификации групп инвалидности в 1932 г. не предусматривались трудовые рекомендации для инвалидов I и II групп.

Кроме того, много было инвалидов, у которых отсутствовала одна конечность, имелись обширные дефекты черепа, выраженный парез конечности и др. То есть появилась необходимость во введении понятия «выраженный анатомический дефект» дающее право на определение III группы инвалидности даже при сохранении трудоспособности в своей основной профессии.

Таким образом, возникла необходимость в изменении действующей классификации. Поэтому в 1943 г. было издано инструктивное письмо в соответствии с которым ВТЭК было дано право устанавливать III группу инвалидности лицам «выраженным анатомическим дефектом», но не потерявшим трудоспособность в своей профессии.

В послевоенные годы возникла необходимость в упорядочении сроков переосвидетельствования инвалидов, введении трудовых рекомендаций инвалидам I и II групп, повышении квалификации врачей-экспертов. Поэтому в 1945 г. на базе ЦИЭТИН бала создана первая в стране кафедра врачебно-трудовой экспертизы, на которой проходили обучение и усовершенствование специалисты-эксперты, организаторы здравоохранения, социального

обучения и др. Позже аналогичные кафедры были открыты при Новокузнецком, Белорусском и Ташкентском ГИДУВ и курс ВТЭ при Тбилисском ГИДУВ.

На собравшемся в 1948 г. I Всероссийском съезде врачей-экспертов были подведены итоги большой работы и намечены дальнейшие пути ее совершенствования. Главной задачей съезд признал разработку новой инструкции по определению группы инвалидности с учетом тех дефектов, которые выявлялись в практической деятельности. Инструкция была создана в 1954 г. В ней была сохранена трехгрупповая классификация инвалидности, но были рационально скорректированы критерии для установления групп, предусмотрены рекомендации инвалидам I и II групп, введено понятие «выраженный анатомический дефект», установлены более рациональные сроки переосвидетельствования инвалидов, утвержден «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно».

В целях повышения ответственности за работу по экспертизе трудоспособности в лечебных учреждениях приказом Министерства здравоохранения СССР от 26 декабря 1955 г. № 282 была введена должность заместителя главного врача по экспертизе трудоспособности, которой одновременно назначался и председателем врачебно-консультационной комиссии (ВКК).

1956 г. ознаменовался выходом нового Закона о государственных пенсиях, согласно которому пенсионеры стали получать более высокую пенсию и право на пенсию приобрели многие трудящиеся, которые до этого ее не получали: инвалиды с детства, инвалиды, не имеющие необходимого трудового стажа в связи с заболеваниями, дефектами и др. В этом же году было утверждено новое «Положение о ВТЭК», в котором четко были сформулированы функции ВТЭК: установление группы и причины инвалидности, времени фактического наступления инвалидности, вынесение трудовых рекомендаций, определение реабилитационных мероприятий, изучение условий труда работающих инвалидов.

В соответствии с этим в 1956 г. была переиздана «Инструкция по определению групп инвалидности», утвержден новый «Перечень заболеваний и дефектов, при которых группа инвалидности устанавливается ВТЭК без указания срока переосвидетельствования».

Важным событием данного периода явилось I Международное совещание специалистов по врачебно-трудовой экспертизе социалистических стран, которое состоялось в Бухаресте в 1961 г. На совещании было определено понятие «врачебно-трудовая экспертиза» и указаны задачи и пути дальнейшего ее развития.

В марте 1963 г. было принято Постановление Совета Министров РСФСР и ВЦСПС «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы». В нем были отмечены потенциальные возможности снижения инвалидности и определены пути их реализации.

Важной вехой в становлении врачебно-трудовой экспертизы было принятие в 1964 г. Закона о пенсиях и пособиях членам колхозов и их семьям, согласно которому колхозники получили право на пособие по временной нетрудоспособности, пенсии по инвалидности (I и II группы), а также в случае потери кормильца. Позже (1967 г.) на них были распространены и другие положения: увеличение минимального размера пенсий, введение пенсионного обеспечения инвалидам III группы вследствие трудового увечья и профессионального заболевания, уравнивание колхозников при выходе на пенсию по старости с возрастом рабочих и служащих.

Начиная с 50-х годов в Советском Союзе также развивается концепция интеграции больных и инвалидов в общество. При этом упор делается на их обучение, получение ими технических средств.

В 70-е годы в Ленинграде поэтапно создаются многопрофильные центры реабилитации больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, последствиями травм опорно-двигательного аппарата, головного, спинного мозга, болезнями сердечно-сосудистой системы, почек, с использованием комплексов восстановительного лечения в условиях стационаров – поликлиник, курортных учреждений.

В соответствии с приказом Минздрава СССР на базе городской больницы № 40 Сестрорецкого района г. Ленинграда был организован и стал функционировать многопрофильный

центр на 645 коек для реабилитации больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, последствиями повреждений спинного и головного мозга, последствиями травм и заболеваний периферической нервной системы и сосудов головного мозга, больных после трансплантации почек.

В эти же годы мощное развитие получает реабилитация и в других регионах СССР. Опыт работы специализированных реабилитационных отделений в различных городах страны (Москва, Киев, Караганда, Рязань, Горький и др.) с использованием средств восстановительного лечения показал высокую эффективность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, травмами головного, спинного мозга, периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, неспецифическими заболеваниями легких, почек, профессиональными болезнями и др.

В 1975 г. впервые в СССР на базе 51-й поликлиники Московского района г. Ленинграда было организовано амбулаторное реабилитационное отделение, обеспечивающее восстановительное лечение больных с последствиями повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата с заболеваниями и последствиями травм центральной и периферической нервной системы, перенесших острый первичный или повторный инфаркт миокарда, больных сурдологического профиля. Для осуществления реабилитации в поликлинике проводилось комплексное лечение с использованием многообразных средств лечебной физкультуры, физиобальнеотерапии, механотерапии, гидротерапии, иглорефлексотерапии, оксигенотерапии, психотерапии, и др. Широко использовалась трудотерапия, которая проводилась в переплетно – брошюровочной, механической, столярной, швейно-гладильной мастерских и на автотренажере. Бытовая реабилитация осуществлялась в специально оборудованной комнате со всеми необходимыми предметами личной гигиены туалета и бытового обслуживания.

Значительный вклад в развитие методических принципов реабилитации сделан М.М. Кабановым (1982). В его работах акцентируется роль личности в оптимизации реабилитационного процесса, независимо от характера заболевания.

В 70-е годы впервые в стране создана система промышленной реабилитации на базе Горьковского автозавода, которая была одобрена коллегией Минздрава РСФСР в 1978 г. и рекомендована для широкого внедрения в стране. Учреждения реабилитации, созданные на промышленных предприятиях, располагают собственной технической базой, благодаря чему здесь возможны создание эргономических приспособлений к оборудованию для инвалидов с целью сохранения ими прежней профессии, адаптация к профессиональному труду, рациональное трудоустройство и приобретение новой профессии. Такого рода учреждение может быть использовано для восстановительного лечения работающих разных профессий, поскольку целенаправленное воздействие специально сконструированного промышленного оборудования может быть в одинаковой степени эффективно для больных различных профессиональных групп.

Системы реабилитации в разных странах имеют значительные различия и поэтому поднимаются вопросы о необходимости международного сотрудничества разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. В 1993 г. Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов политической и моральной основой которых являлись Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакет об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакет о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действия в отношении инвалидов.

Что касается этапов развития медико-социальной экспертизы и реабилитации в мире, то уже с XVIII столетия медицинская реабилитация в Европе сочетается с элементами психологической поддержки пациентов. Тогда же испанские врачи заметили, что те больные, которые в процессе своего лечения ухаживали за другими пациентами, выздоравливали быстрее, чем те, кто был в своем лечении пассивен. В XIX столетии фокус восстановительной терапии перемещается в США. С начала XX века там растет число учреждений, которые используют

различные виды физической активизации пациентов для решения различных социально-психологических проблем. В 1917 г. в США была организована Ассоциация по восстановительной терапии.

В 1903 г. Франц Иозеф Раттер фон Бус впервые использует понятие «реабилитация» в книге «Система общего попечительства над бедными», подразумевая при этом благотворительную деятельность. По отношению к лицам с физическими недостатками термин «реабилитация» начал употребляться в 1918 г., когда в Нью-Йорке был организован Институт Красного Креста для инвалидов.

К. Biesalski, начав проводить в 1906 г. в Германии статистику инвалидов и создав их попечение, был пионером реабилитации. Позже, в 1924 г. он говорил о социальном движении, возникшем в системе здравоохранения, целью которого явилось восстановление социальной значимости всех инвалидов, получивших увечье в результате травм наследственных и приобретенных заболеваний, а также других факторов.

Мощным стимулом для развития реабилитации послужила Первая мировая война. Тысячи раненных и искалеченных, воинов получали восстановительное лечение и реконструктивную помощь. Это способствовало росту специалистов-реабилитологов, расширению сети их подготовки как в области физической, так и психологической реабилитации. Вторая мировая война значительно стимулировала развитие различных видов реабилитации: медицинской, психологической, социальной, в том числе профессиональной. В частности, в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. Особенностью этих учреждений являлось широкое применение трудотерапии, которая носила характер максимальной приближенности к профессиональному труду и проводилась под руководством квалифицированных рабочих, вышедших на пенсию.

Однако, официально понятие «реабилитация» впервые было применено только в 1946 г. в Вашингтоне, во время проведения конгресса по реабилитации. Согласно решения данного конгресса, «сущность реабилитации следует усматривать в восстановлении физических и духовных сил пострадавшего. Последнее условие становится возможным только при создании специальных учреждений, где осуществляется профессиональная адаптация больного».

Таким образом, уже в 1946 г. ученые рассматривали реабилитацию, не только как медицинские восстановительные мероприятия, но и как систему реализации возвращения человека в общество путем профессионального обучения, переобучения, трудоустройства.

В эти же годы во многих европейских странах появились общества реабилитации, объединяющие научных сотрудников и врачей – практиков, занимающихся реабилитацией. В 1959 г. комиссия экспертов по медицинской реабилитации ВОЗ пришла к выводу, что свыше 75% больных с двигательными нарушениями и 25% всех больных с соматическими нарушениями, находящихся в больницах общего профиля, нуждаются в реабилитации, так как она способствует возвращению их к труду и в общество. То есть для врача реабилитация должна представлять собой распространение его деятельности за пределы терапии. Начиная с 50-х годов, стали выделять чистую терапию (лечение) и реабилитацию – проведение терапии в совокупности с другими реабилитационными методами и средствами, ориентированными на социальное восстановление пациентов.

Бурное развитие реабилитации сопровождалось различным трактованием как самого понятия «реабилитация», так и ее отдельных видов, аспектов и этапов. Так, на международном симпозиуме социалистических стран по реабилитации (г. Балле, 1964г.) под реабилитацией было решено понимать «деятельность коллектива медицинских работников, педагогов, экономистов, руководителей общественных организаций, направленную на восстановление здоровья (в физическом, психическом и социальном смысле) и трудоспособности инвалидов». В то же время по определению Международной организации труда «под реабилитацией следует понимать восстановление здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями с целью достижения максимальной полноценности их с физической, психической, социальной и профессиональной точек зрения». Первое определение довольно расплывчатое, неконкретное, а во

втором уже более определяется контингент лиц, которому должна проводиться реабилитация, но не указывается какими методами и средствами. На заседании экспертов по реабилитации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывалось, что «реабилитация – это комбинируемое и координируемое использование медицинских, социальных, просветительных и профессиональных мер с целью обучения или переучивания инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональных возможностей».

Уже в начале 60-х годов в научной литературе широко обсуждается цель реабилитации – это возвращение больного или инвалида к труду и пути ее достижения – создание оптимальных условий для активного участия инвалида в жизни общества (R. Jochheim, 1963).

Стремление к обмену опытом, координации и кооперации в области реабилитации привело в 1966 г. к образованию Международного Постоянного комитета экспертов по реабилитации. Комитет решал задачи обмена информацией, совместного проведения рабочих заседаний, подготовкой рекомендаций Министрам здравоохранения в области реабилитации, координации действий в решении международных вопросов.

В 1967 г. M.Chenal указывает, что сущность реабилитации включает в себя три основных момента: профессиональную адаптацию пострадавшего в процессе лечения (адаптация), приобщение к труду лиц с частичной утратой профессиональных навыков (реадаптация), использование в общественной жизни лиц с полной утратой профессиональных навыков (переквалификация)».

В ноябре 1967 г. в Праге на IX конференции Министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран было принято определение реабилитации, давшее дальнейший толчок развитию системы реабилитации и касавшееся взрослых и детей, больных и инвалидов, а также лиц с временной утратой трудоспособности, так и инвалидов. «**Реабилитация** – система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и др. мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду».

Основные решения IX конференции министров здравоохранения:

1. Организация и систематическое углубление тесного сотрудничества государственных и общественных, особенно профсоюзных организаций Международного Красного Креста, организаций инвалидов и хозяйственных организаций для реализации мероприятий, которые обеспечат прогресс в деле реабилитации.

2. Создание в случае необходимости организаций на всех уровнях государственного руководства для координации деятельности всех учреждений, участвующих в процессе реабилитации.

3. Активизация санитарно-просветительной деятельности среди населения путем разъяснения целей и методов реабилитации в прессе, по радио и телевидению

4. Создание сети учреждений реабилитации в системе здравоохранения, социального обеспечения и народного образования, совокупность которых обеспечит в полной мере необходимую всестороннюю помощь гражданам, нуждающимся в реабилитации. Использование всех учреждений здравоохранения, в том числе и курортов, для целей реабилитации, Создание комплексной системы реабилитации в ее полном объеме не только при повреждениях двигательного аппарата, но и при внутренних и психических заболеваниях.

5. Разработка нормативов потребности населения в стационарных и амбулаторных мероприятиях по реабилитации и уточнение медицинских и социальных критериев оценки трудоспособности больных.

6. Разработка индивидуальной программы реабилитации для каждого гражданина с нарушенным здоровьем и в рамках этой программы не только обеспечение своевременного начала реабилитации, но и ее дальнейшее непрерывное и координированное проведение до успешного

завершения, т.е. вплоть до возвращения гражданина к активной производственной и общественной деятельности с максимальной эффективностью.

7. Разработка новых методов исследования, определение научных критериев объективной оценки получаемых с их помощью результатов и внедрение их в практику (необходимо предпринять максимальные усилия для ускорения научных исследований в области медицинской, профессиональной и социальной реабилитации).

8. Реализация разработанной программы реабилитации с помощью коллектива специалистов, которые должны осуществлять координирующую деятельность в отношении отдельных компонентов реабилитации. Решающую роль должен играть врач, хотя его роль на отдельных этапах осуществления программы реабилитации меняется.

9. Целесообразное дифференцирование обучения и подготовки специалистов со средним и высшим образованием, которые принимают участие в рабочем процессе реабилитации. Для ознакомления врачей с принципами реабилитации и обеспечения предварительной подготовки в этой области необходимо включить данную дисциплину в учебную программу высших медицинских учебных заведений и институтов усовершенствования врачей. Целесообразно также, если это возможно, организовать кафедру реабилитации при институте усовершенствования врачей.

10. Изучение связи мероприятий в области реабилитации, прежде всего- трудотерапии, с критериями, которыми руководствуются при определении пенсии по инвалидности; необходимость проведения мероприятий по реабилитации больного и разработки трудовых рекомендаций при первичном и повторном назначении пенсии по инвалидности.

11. Изучение влияния научно-технического прогресса на возможность вовлечения граждан-инвалидов в трудовой процесс и возможность разработки мероприятий для полного претворения в жизнь этих целей.

Решения Пражской конференции сохраняют свою актуальность до настоящего времени. К сожалению, в бывшем СССР они не получили полной реализации.

В 70-е годы большое внимание вопросам реабилитации уделяет Организация Объединенных наций. Так, в 1975 г. на Генеральной ассамблее ООН была принята резолюция, призывающая государства – члены ООН укреплять веру инвалидов в права человека, в основные свободы и принципы мира, достоинства и ценности человека, в принципы социальной справедливости. Генеральная ассамблея ООН, провозгласила «Декларацию о правах людей с физическими или умственными недостатками» и призвала все страны к соблюдению ее положений, которые являются эталоном в защите прав увечных.

1. Люди с физическими или умственными недостатками – это все те лица, которые на основании врожденного или приобретенного повреждения (физического или умственного) не в состоянии обеспечить себе полностью или частично собственными силами как люди, не имеющие физических или умственных недостатков, соответствующее положение на работе, в профессиональной деятельности и в обществе.

2. Лица с физическими или умственными недостатками должны пользоваться всеми содержащимися в этой декларации правами. Эти права должны предоставляться всем людям с физическими или умственными недостатками без всякого исключения, независимо от расы, цвета, кожи, пола, языка, религии, политических или других взглядов, национального или социального происхождения, независимо от имущественного положения, рождения или прочих обстоятельств как в отношении самого лица с физическими или умственными недостатками, так и в отношении его семьи.

3. Лица с физическими или умственными недостатками имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства, имеют те же самые основные права, что и другие их сограждане, и, прежде всего право на жизнь, которая должна быть настолько нормальной и наполненной содержанием, насколько это возможно.



4. Лица с физическими или умственными недостатками имеют те же самые гражданские и политические права, что и все другие люди. Статья 7 этой декларации запрещает всякое возможное ограничение или подавление этих прав у лиц с умственными недостатками.

5. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на мероприятия, которые им помогут добиться максимальной самостоятельности.

6. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на медицинское, психологическое и функциональное лечение, включая обеспечение протезами и ортопедию, на медицинскую и социальную реабилитацию, профессиональное обучение, на мероприятия по реабилитации, способствующие профессиональной подготовке, на помощь, консультацию службы, занимающейся трудоустройством, и других служб, которые способствуют максимальному развитию способностей и навыков у лиц с физическими или умственными недостатками и ускоряют процесс их социального вовлечения или восстановления.

7. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на экономические и социальные гарантии и на соответствующий уровень жизни. Они имеют право найти себе рабочее место, соответствующее их навыкам, и сохранить его или возобновить работу и вступить в члены профсоюза.

8. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на то, чтобы их особые потребности учитывались на всех фазах экономического и социального планирования.

9. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право жить со своей семьей или приемными родителями и принимать участие во всех сферах социальной и творческой жизни. Ни один человек с физическими или умственными недостатками не должен подвергаться никакому другому лечению, кроме того, которого требует его состояние или которое необходимо для улучшения его здоровья. Если необходимо пребывание человека с физическими или умственными недостатками в специальном учреждении, то окружающая среда и условия жизни там должны в высшей степени соответствовать тому окружению и тем условиям, в которых бы жил человек его возраста, не имеющий физических или умственных недостатков.

10. Люди с физическими или умственными недостатками должны быть защищены от всякого использования их в корыстных целях, от определений и обращений дискриминирующего, оскорбительного и дискредитирующего характера.

11. Люди с физическими или умственными недостатками должны иметь возможность обратиться за квалифицированной юридической помощью, если такая помощь окажется необходимой для защиты их личности или их собственности. Если судебное производство направлено против них, то на процессе следует полностью учитывать их физическое и умственное состояние.

12. По всем вопросам, касающимся прав людей с физическими или умственными недостатками, они могут обращаться к организациям людей с физическими или умственными недостатками.

13. Люди с физическими или умственными недостатками, их семьи и коллективы, в которых они живут, должны быть информированы всеми доступными средствами о правах, содержащихся в этой Декларации.

На 31-м заседании Генеральной ассамблеи ООН было принято решение объявить 1981 г. «Международным годом инвалидов», а позднее 80-ые годы «Декадой инвалидов».

Таким образом, во всем мире за последние десятилетия произошли существенные изменения по отношению как к вопросам инвалидности в целом, так и непосредственно к самим инвалидам. В настоящее время признается равенство инвалидов на полноценную жизнь в обществе и создание государствами условий для реабилитации и социальной интеграции инвалидов. Безусловно, в различных странах исторический опыт формирования правовых и организационных аспектов медико-социальной экспертизы и реабилитации имеет свою специфику, хотя в большинстве стран различают физическую, общую и профессиональную инвалидность, связанную как с утратой органа или умственной функции независимо от

экономических или профессиональных последствий, так и с потерей возможности выполнять вообще какую-либо работу, либо работу по прежней профессии.

В Германии в Конституцию внесены слова: «Никто не может быть ущемлен по причине своей инвалидности». Она предоставляет всем гражданам «право на реабилитацию и интеграцию в нормальную жизнь». Она обязывает законодательную, исполнительную власть и судебные органы на федеральном, так и на уровне земель и общин, а также прочие учреждения и организации общественной власти использовать все возможности для введения инвалидов всех групп «насколько это возможно, в нормальную жизнь».

Существует свод норм и правил, целью которых является интеграция в жизнь общества инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность. В нем подчеркнута, что понятие выделение инвалидности не должно способствовать идеологической или социальной дискриминации инвалидов, оно лишь призвано подчеркнуть индивидуальность их проблем и шансов.

В Германии в основе законодательства об инвалидах лежит идея, о том, что реабилитация и последующее трудоустройство инвалидов экономически выгоднее, чем постоянное обеспечение их пенсиями и пособиями.

Существуют законы «О выравнивании услуг по реабилитации», «О социальной помощи», нормы которых направлены на реабилитацию инвалидов с применением механизмов страхования. Согласно этим законам, финансирование процесса интеграции инвалида в трудовую жизнь имеет приоритет перед пенсионным финансированием. Здесь действует принцип «реабилитация до назначения пенсии».

Законодательно определены меры поощрения профессиональной реабилитации инвалидов. Работающим инвалидам предусмотрена выплата специальной компенсации транспортных расходов на дорогу до работы и обратно.

Однако в соответствии с законодательством социальная защита инвалидов в Германии распространяется лишь на лиц, у которых степень утраты трудоспособности составляет не менее 50%.

Инвалиды с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности получают компенсацию ущерба и имеют много льгот (снижение налогов, защита от увольнений и др.).

Непосредственно сама экспертиза инвалидности является трехступенчатой. Заключение лечащего врача представляется уполномоченному врачу страхового общества. Этот врач проверяет заключение лечащего врача и оценивает оставшийся трудовой потенциал больного. После этого оценка поступает к утверждающему врачу, который эту оценку дополняет, интерпретирует и утверждает.

Во Франции принято 7 законов, направленных на защиту и трудоустройство инвалидов. Организация деятельности по защите инвалидов возложена на Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Пенсию по инвалидности назначают местные кассы страхования по временной нетрудоспособности на основании оценки врача-специалиста указанной кассы.

В Финляндии на законодательном уровне закреплена интеграция реабилитационной деятельности в сферу социальной защиты населения, здравоохранения, занятости, социального страхования, образования, а также сформированы механизмы их сотрудничества и кооперирования.

Особое внимание уделяется профессиональной реабилитации инвалидов, которая предоставлена трехуровневой системой с интеграцией обучения, профессионального образования, а также профессиональной ориентации и обеспечению занятости, профессиональному развитию и оценке результатов реабилитации.

Вопросы социального обслуживания, реабилитации инвалидов и оказания им медицинской помощи находятся в компетенции местных органов власти, однако государство компенсирует им значительную часть затрат. Для инвалидов многие услуги бесплатны или оплачиваются на льготных условиях. Создана правовая база и для развития частных реабилитационных структур, которые нередко используются для размещения государственных заказов.

В период прохождения реабилитации инвалидам выплачивается специальное реабилитационное пособие за счет средств социального страхования.

В Канаде существует обширное законодательство, направленное на защиту прав и интересов инвалидов. В частности, это Акт о слепых, Акт об инвалидах, Акт о профессиональной реабилитации инвалидов, Закон о правах человека в Канаде, Закон о труде, Закон о компенсации наемным работникам и ряд других.

Система образования в Канаде законодательно предусматривает возможность обучения инвалидов на всех уровнях от школы до университета. Преобладает форма интеграционного образования, применяются специальные технические средства и индивидуальные программы. Среди студентов канадских университетов не менее 1% составляют инвалиды.

В процессе реабилитации инвалидов предусмотрены особые виды специалистов – оккупациональные терапевты и сестры-менеджеры, деятельность которых направлена на определение индивидуальных потребностей инвалидов и компенсацию ограничений жизнедеятельности.

В Дании вопрос о степени инвалидности и пенсии решается на основе заключения лечащего врача так называемыми трибуналами страхования по случаю инвалидности. Существует сеть государственных центров реабилитации, каждый из которых обслуживает определенную территорию. Приоритетным направлением признается интеграция детей-инвалидов в общий учебный процесс в обычных школах.

В Италии медико-социальную экспертизу на предмет определения инвалидности осуществляют врачи-специалисты бюро (канцелярий) Областных бюро Национального института социального страхования. Эти врачи объединены в диагностические кабинеты, а заключение утверждается руководителем бюро.

В Австрии существует много законодательных документов, направленных на социальную защиту и реабилитацию инвалидов: акт об интеграции инвалидов, Акт о попечении инвалидов, Акт о медицинском обслуживании жертв войны, Акт о туберкулезе, Общий закон о социальном обеспечении, Общий закон о социальном страховании, Закон об оказании помощи при трудоустройстве.

Что касается пенсии по инвалидности, то ее назначает Пенсионная комиссия страхового общества, а экспертизу осуществляют врачи страхового общества, которые объединены в диагностические центры.

В Великобритании вопрос о нетрудоспособности решает врач государственного управления здравоохранением. Однако это решение может быть опротестовано страховым служащим местных контор (канцелярий), после чего должна быть проведена экспертиза другим врачом.

Серьезное значение придается организации профессиональной реабилитации инвалидов в специализированных центрах. Эффективность профессиональной реабилитации и процент возврата инвалидов к профессиональной деятельности достаточно велик. Предусмотрена организация предприятий с щадящим режимом труда для инвалидов, на которых они осваивают новые профессии и переходят затем на обычные предприятия. Для инвалидов с тяжелыми формами могут быть созданы условия обучения и трудоустройства на дому. Указано квотирование и резервирование рабочих мест для инвалидов.

В Швеции медико-социальную экспертизу осуществляет комиссия, состоящая из семи человек. При этом в комиссию входят представители пенсионного фонда (председатель), врачи, представители Государственного страхового института и представители местного самоуправления.

Правительство стимулирует работодателей не предоставлением налоговых льгот предприятиям, а выплатой индивидуальных дотаций на каждого работающего инвалида. Сам инвалид получает пособие по инвалидности и заработную плату, но сумма выплат не превышает определенного предела.

Законодательно определено предоставление инвалиду технических средств для протезирования, передвижения, занятий спортом и др. кроме того, предусмотрено оборудование квартир для проживания инвалидов специальными адаптационными устройствами.

В Бельгии законодательством утверждено создание обширной системы социального страхования, в рамках которой осуществляется медицинская и социальная реабилитация инвалидов. Учреждения, оказывающие разные виды медицинских реабилитационных услуг, относятся в основном к частному сектору. Оплата услуг частично (порядка 10-15%) осуществляется за счет инвалидов, остальная сумма выплачивается за счет страховых средств.

Пенсии по инвалидности назначает Государственное управление страхования по болезни и по инвалидности на основании оценок, которые разрабатывают областной врачебный совет по инвалидности Государственного управления и которые в некоторых случаях утверждает Центральный врачебный совет.

В Норвегии медико-социальную экспертизу осуществляет областной комитет комиссий в составе специалиста по трудоустройству, врачей и других необходимых специалистов, которые выносят экспертное решение.

В Японии организацией социальной защиты инвалидов занимается Министерство здравоохранения и социального обеспечения. При этом медицинская реабилитация инвалидов проводится в рамках общенациональных медицинских страховых программ.

В Австралии законодательство уделяет особое внимание инвалидам со сложными функциональными нарушениями. Предусмотрена реализация мер для возвращения их к обычной, повседневной жизни. Всем инвалидам, проходящим реабилитацию, положено предоставление протезной и других видов вспомогательных средств. При необходимости инвалидам оборудуются дома, где они могут работать на предоставляемых машинах и станках.

В Соединенных Штатах Америки в Акте об инвалидах сказано, что предприниматели не могут прибегать к дискриминации работников лишь по причине инвалидности. Что касается проведения медико-социальной экспертизы и признания гражданина инвалидом, то для этого в США достаточно лишь заключения врача о том, что имеющаяся и у больного неспособность выполнять полноценную деятельность из-за любого физического или умственного расстройства будет продолжаться не менее 12 месяцев.

Профессиональная подготовка инвалидов предусмотрена как на предприятиях со щадящими условиями труда, так и на крупных предприятиях.

Медицинская реабилитация инвалидов предусмотрена в рамках специальных программ «Medicare» и «Medicaid», финансируемых федеральным правительством.

Акт об устранении архитектурных барьеров узаконил необходимость приспособления к пользованию инвалидами общественных зданий. Актом о реабилитации был создан специальный орган, который обязан контролировать создание безбарьерной среды для инвалидов.

Специальными актами предусмотрено также обеспечение инвалидам возможности в реализации своих потребностей (покупок в магазине, посещения библиотеки) с помощью адаптационных технических устройств, предоставляемых им нормативно установленным способом.

Таким образом, в различных странах мира сложились различные службы экспертизы и реабилитации, привязанные к особенностям государственного устройства, системы пенсионирования, территориальным особенностям и т.д. Общим для подавляющего числа стран является комиссионное решение экспертных вопросов, существования сравнительно самостоятельных экспертных служб и наличие законодательной базы, направленной на социальную защиту и осуществление медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

## Экспертиза временной нетрудоспособности.

### Виды временной нетрудоспособности

Основанием для определения временной нетрудоспособности (ВН) могут быть медицинские показания, при которых имеется фактическая утрата трудоспособности вследствие болезни или травмы, а также социальные и профилактические показания при условной утрате трудоспособности. В соответствии с этим выделяют тот или иной вид (причину) ВН, в зависимости от которого выдается документ, удостоверяющий ВН, определяется порядок оформления и сроки выдачи его, размер и порядок оплаты пособия, составляется статистический анализ заболеваемости и др.

К виду ВН по медицинским показаниям (наличие противопоказаний к труду) относится ВН при заболеваниях и травмах.

Социальные показания лежат в основе таких видов ВН как уход за больным членом семьи; уход за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком; протезирование с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия и карантин.

Профилактические показания обуславливают ВН в связи с беременностью и родами; усыновлением (удочерением) ребенка в возрасте до 3 месяцев или установления над ним опеки; санаторно-курортным лечением.

Самым частым видом ВН является ВН при заболеваниях и травмах. Внутри этого вида выделяются ВН по поводу общего заболевания, профессионального заболевания, несчастного случая на производстве и в быту, заболевания и травмы в связи с употреблением алкоголя.

При ВН по социальным и профилактическим показаниям факт утраты трудоспособности отсутствует, но в соответствии с Законом Республики Беларусь "Об основах государственного социального страхования установлена возможность временного освобождения от работы с компенсацией утерянного заработка за счет средств Фонда социальной защиты населения.

Пособиями по ВН обеспечиваются застрахованные лица, то есть те, на которых в соответствии с вышеуказанным законом распространяется государственное социальное страхование. Материальное обеспечение застрахованных лиц в случаях временного освобождения от работы ("страховых случаях") достигается назначением пособия по ВН.

Выплата пособий по ВН регулируется Положением о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности № 1290 от 30.09.1997 г. с изменениями и дополнениями, внесенными постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 01.09.2000 г., а также разъяснениями Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (Фонда).

Определение ВН, независимо от ее вида, проводится государственными организациями здравоохранения и негосударственными организациями здравоохранения, имеющими специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы ВН и выдачу листков нетрудоспособности.

Признание лица временно нетрудоспособным с выдачей ему листка нетрудоспособности является фактом юридического значения, реализующим право на назначение и выплату пособия по ВН.

Выплата пособия с первого дня ВН в размере 100% заработной платы независимо от прочих условий производится в связи с профессиональными заболеваниями и несчастными случаями на производстве; заболеваниями и травмами, полученными при выполнении интернационального долга, государственных обязанностей и донорских функций (операции, связанные с забором органов или тканей); при спасении человеческой жизни; при охране государственной и частной собственности.

Лицам, имеющим на иждивении троих и более детей в возрасте до 16 лет (учащихся до 18 лет), а также являющимся инвалидами Отечественной войны и инвалидами, приравненным к ним по льготам; участниками ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, пособия по ВН также выплачиваются в размере 100% заработка. Аналогичные выплаты пособия по ВН касаются лиц, проживающих (работающих) и выехавших (эвакуированных, отселенных) из зон эвакуации в связи с последствиями катастрофы на ЧАЭС; воинов-интернационалистов, их жен и вдов погибших воинов-интернационалистов в случае направления их на лечение в центры медицинской реабилитации воинов-интернационалистов; доноров в течение 12 месяцев после последней сдачи крови и ее компонентов; лиц из числа круглых сирот, не достигших возраста 21 года.

Пособие по ВН выплачивается также с первого дня утраты трудоспособности в размере 100% среднедневного заработка за рабочие дни при ВН в связи с беременностью и родами, уходе за больным ребенком в возрасте до 14 лет, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при стационарном лечении, ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, при санаторно-курортном лечении детей-инвалидов до 18 лет, а также в случае нахождения в санаторно-курортном учреждении вместе с больным ребенком в возрасте до 16 лет одного из родителей либо лица, фактически осуществляющего уход за ним и проживающего (работающего) на территории с радиоактивным загрязнением  $\text{Ки/км}^2$  и выше.

При ВН вследствие болезни (увечья) пособие выдается с первого дня утраты трудоспособности и до ее восстановления или установления инвалидности. При других видах ВН определены сроки или условия выплаты пособия. В этих случаях выдача листка нетрудоспособности производится только на эти сроки.

### **Временная нетрудоспособность при заболеваниях и травмах**

ВН при заболеваниях и травмах возникает при обратимых нарушениях функций организма или отдельных органов и систем, которые на определенный период времени не позволяют выполнять профессиональный труд. Обратимый характер нарушения функций и возможность возвращения больного к работе является принципиально важным признаком ВН при заболеваниях и травмах.

Наряду с установлением у больного признаков ВН очень важно сразу определить степень ее утраты. Последнее имеет непосредственное отношение к разграничению ВН на полную и частичную. При полной ВН больной нуждается в полном освобождении от работы, а при частичной - ему предоставляются некоторые ограничения в работе по линии ВКК.

Чаще всего полная ВН определяется в тех случаях, когда больному недоступно или противопоказано выполнение не только профессионального труда, но и любой работы. Данный вид утраты трудоспособности наступает при острых заболеваниях (травмах), кризисных состояниях, обострении (декомпенсации) хронических заболеваний и т.п. В связи с этим больному необходимо соблюдать постельный, амбулаторный, домашний, а в ряде случаев стационарный режим и проводить необходимое обследование и лечение.

Реже полная временная утрата трудоспособности обусловлена необходимостью проведения лечения, несовместимого с продолжением трудовой деятельности. Это относительное, а не абсолютное показание к освобождению от работы, поскольку в ряде случаев возможно лечение и без отрыва от работы.

Полная ВН удостоверяется листком нетрудоспособности и (или) справкой о временной нетрудоспособности.

Частичная временная утрата трудоспособности определяется в тех случаях, когда больной из-за имеющихся у него функциональных нарушений, обусловленных заболеванием или травмой, не может выполнять в полном объеме свою обычную работу, но может без ущерба для здоровья выполнять свою работу с временным освобождением от некоторых противопоказанных ему по

состоянию здоровья служебных функций или нуждается во временном переводе на другую, легкую работу.

Определение частичной ВН способствует более быстрому выздоровлению и восстановлению трудоспособности. Частичная ВН удостоверяется заключением ВКК о необходимости тех или иных ограничений или перевода на легкую работу. При этом необходимо конкретно указать работу, на которую переводится больной, перечислить противопоказанные виды работ, рекомендовать срок трудоустройства и т.п.

Таким образом, для лечащего врача при экспертизе ВН при заболеваниях и травмах принципиально важно определить характер ВН больного (полное или частичное освобождение от работы), указать оптимальные условия, в которых больной после выздоровления сможет продолжить трудовую деятельность без ущерба для здоровья и полностью справляться со своими служебными обязанностями. При этом, естественно, учитываются индивидуальные клинические и социально-профессиональные факторы на разных этапах.

Длительность ВН зависит от особенностей течения заболевания. В большинстве случаев сроки ВН бывают сравнительно небольшими, исчисляются днями, неделями, реже несколькими месяцами. При острых заболеваниях с благоприятным трудовым прогнозом листок нетрудоспособности выдается до восстановления трудоспособности. При острых заболеваниях с склонностью к переходу в хроническое состояние листок нетрудоспособности выдается до того времени, пока трудовой прогноз представляется благоприятным. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе даже при коротком сроке нетрудоспособности, который в некоторых случаях может быть всего 1-2 месяца, больного целесообразно направлять на МРЭК для определения инвалидности.

### **Сроки временной нетрудоспособности и продление лечения на МРЭК**

Определение срока (длительности) ВН и продление лечения во МРЭК имеют большое клиническое и социальное значение.

Сроки ВН при различных заболеваниях и травмах зависят от этиологических факторов, клинических проявлений, стадии, течения болезни и возникающих осложнений. Определенное влияние на сроки ВН оказывают возраст больного, взаимное отягощение сопутствующих и конкурирующих между собой заболеваний, характер и степень выраженности нарушения функций и др. Большое влияние на продолжительность ВН оказывают характер работы и условия труда больного. Так, сроки ВН отличаются при одном и том же заболевании у лиц интеллектуального труда и у работающих преимущественно с физическим напряжением, в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях. При этом у последних ВН более продолжительна.

Сроки ВН во многом также определяются трудовым прогнозом. Если трудовой прогноз неблагоприятный, больной должен быть направлен на МРЭК, как только этот факт становится очевидным.

С даты восстановления трудоспособности прекращается период ВН, листок нетрудоспособности или справка закрываются, а пациент приступает к работе. Главными признаками восстановления трудоспособности являются:

1. Исчезновение клинических симптомов заболевания или травмы, свидетельствующих о прекращении острого периода заболевания.
2. Наступление периода реконвалесценции.
3. Факт восстановления нарушенных функций организма до такой степени, при которой больной без ущерба для своего здоровья может приступить к своей работе или к работе в облегченных условиях.

Если же трудоспособность больного не восстанавливается по причине отрицательной динамики течения заболевания и его исхода (хронизация процесса, возникновение инвалидизирующих осложнений, стойкое нарушение функций организма, образование

анатомических дефектов, деформаций и др.), то такого больного необходимо своевременно направить на МРЭК для установления инвалидности. Временная нетрудоспособность у таких больных прекращается с даты установления инвалидности.

Лица, длительно болеющие, даже при благоприятном трудовом прогнозе направляются на МРЭК не позднее 120 дней со дня установления ВН при непрерывном листке нетрудоспособности или справке, или не позднее 150 дней, если ВН с перерывами устанавливается по одному и тому же заболеванию (в связи с повторными обострениями) в течение последних 12 месяцев. В срок 120 дней непрерывной ВН включаются все заболевания или травмы, ее обуславливающие, независимо от их характера. К длительно болеющим относят лиц с ВН продолжительностью 40 дней и более, а к часто болеющим - лиц, имевших 4 и более случаев ВН по одному или родственным заболеваниям за последние 12 месяцев. Под периодом "последние 12 месяцев" подразумевают не календарный год, а 12 месяцев с момента начала ВН. Знание сроков предшествующей ВН за последние 12 месяцев очень важно, чтобы не пропустить контрольных сроков направления больных на МРЭК.

Исключение из данного правила предоставлено только длительно болеющим туберкулезом различной локализации. Эти лица направляются на МРЭК не позднее 180 дней со дня установления ВН, если листок нетрудоспособности продолжался без перерыва, или 240 дней, если ВН перерывалась в течение последних 12 месяцев. Этот срок устанавливается независимо от того, обусловлена ли ВН впервые выявленным туберкулезом, рецидивом заболевания или повторными обострениями хронически протекающего специфического процесса.

На МРЭКе ВН продлевается в случае, когда больной по состоянию здоровья на день освидетельствования еще не может полностью или частично приступить к работе, но у него имеются подтверждения положительной динамики патологического процесса и благоприятный клинический прогноз.

После заключения МРЭК о необходимости продления лечения больного, организация здравоохранения продлевает листок нетрудоспособности или справку до полного восстановления трудоспособности. Обычно средний срок ВН колеблется от двух до трех месяцев, но максимальная продолжительность ВН не может превышать 120 дней. МРЭК, как правило, не устанавливает конкретные сроки, на которые при благоприятном трудовом прогнозе можно продлевать листок нетрудоспособности или справку. Вся ответственность за обоснованность выдачи продления листка нетрудоспособности (справки) возлагается на ВКК организации здравоохранения.

В тех случаях, когда после экспертного заключения МРЭК о долечивании у больного вскоре ухудшается течение заболевания и нарастают функциональные нарушения организма, обуславливающие сомнительность клинического и трудового прогноза, больной должен быть срочно повторно направлен на МРЭК независимо от того, сколько времени прошло с момента его первичного освидетельствования.

Решение МРЭК о долечивании считается обоснованным, если в ближайшие 1,5-2 месяца после заключения о необходимости продлить лечение, больной восстанавливает свою трудоспособность полностью или частично. Если же после долечивания ему будет установлена II или I группы, то заключение МРЭК о долечивании считается ошибочным.

Предельные сроки направления длительно болеющих на МРЭК нельзя рассматривать как предельные сроки ВН. Так, при наличии признаков инвалидности, продлевать до предельных сроков выдачу листка нетрудоспособности, а уж потом направлять больного на МРЭК недопустимо. При наличии признаков инвалидности и при условии окончания острого периода заболевания (последствий травмы), то есть по прекращению признаков ВН, больные подлежат направлению на МРЭК и при более коротких сроках ВН. С даты установления инвалидности листок нетрудоспособности (справка) закрывается. В то же время, если группа инвалидности устанавливается больному, у которого утрата трудоспособности фактически



носит временный характер и в ближайшее время возможно полное или частичное восстановление трудоспособности, наносится не только ущерб здоровью, но и экономический ущерб, как больному, так и государству.

Естественно, что обоснованность сроков ВН продления лечения на МРЭК подлежат строгому контролю. В связи с этим лечащие врачи и должностные лица организаций здравоохранения (заведующие отделениями, заместители главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации, главные врачи) обязаны обращать пристальное внимание на динамику течения заболевания и восстановления нарушенных функций, чтобы не пропустить либо момент восстановления трудоспособности, либо переход острого заболевания в хроническое с формированием стойкой нетрудоспособности.

К моменту направления на МРЭК длительно болеющих лиц, которые исчерпали допустимые предельные сроки ВН, они должны быть достаточно обследованы, активно пролечены и максимально реабилитированы. Это необходимо для того, чтобы при своевременном направлении на МРЭК не возникли основания для продления ВН с целью уточнения диагноза, проведения лечения или реабилитации. Для этого больным, у которых ВН при амбулаторном или стационарном лечении продолжается более 30 календарных дней подряд, листок нетрудоспособности продлевается только после обязательного освидетельствования на ВКК (см. главу VII, раздел 7.1).

Надежным ориентиром для контроля являются научно обоснованные оптимально-минимальные сроки ВН при различных заболеваниях. Соблюдение этих оптимальных сроков ВН при тем или ином заболевании возможно только при своевременной и правильной диагностике, адекватном лечении и реабилитации. Иначе при несоблюдении данных условий оптимальные сроки ВН в отдельном конкретном случае будут нарушены, что неизбежно приведет к увеличению расходов на выплату пособия по ВН и рост показателей заболеваемости с ВН.

Эффективность продления лечения во МРЭКе при различных нозологических формах неодинаковая. Наибольшая эффективность (90% восстановления трудоспособности) достигается при травмах различной локализации. Рекомендации МРЭК по долечиванию наиболее целесообразны в отношении лиц молодого возраста, перенесших травму опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговую травму, оперативное вмешательство с затянувшимся периодом восстановления функциональных нарушений, но с благоприятным клиническим и трудовым прогнозом.

### **Временная нетрудоспособность при различном течении заболевания**

Важнейшую роль в определении трудоспособности играют такие клинические критерии как этап в течении заболевания (острый, подострый, период реконвалесценции, стойкой ремиссии и т.д.) и характер (тип) течения заболевания (острый и хронический). Для установления сроков ВН большое значение имеет определение особенностей течения заболевания в зависимости от его исхода и связанного с этим клинического и трудового прогноза.

При остром течении заболевания или травмы возможны следующие варианты.

1. Острое течение с полным восстановлением нарушенных функций, то есть с выздоровлением в течение короткого или более продолжительного времени. Клинический и трудовой прогнозы благоприятные, листок нетрудоспособности в связи с этим выдается до восстановления трудоспособности.

2. Острое течение с склонностью к переходу в хроническое состояние вследствие развития осложнений, остаточных дефектов, деформаций и т. д. Листок нетрудоспособности выдается до того времени, пока трудовой прогноз представляется благоприятным, то есть до окончания острого периода и образования остаточного дефекта или деформаций в отдельных органах и системах.

3. Острое течение с переходом в хроническое, развитием стойких и необратимых остаточных явлений. Трудовой прогноз сомнительный или неблагоприятный. Листок нетрудоспособности выдается до окончания острого периода и перехода заболевания в хроническое течение. Далее таких больных целесообразно направлять на МРЭК для определения инвалидности. В случае если нет оснований для установления инвалидности, но имеется легкое ограничение трудоспособности (ФК I), больной по заключению ВКК переводится на другую работу.

При хронических заболеваниях листок нетрудоспособности обычно не выдается. Ограниченные показания к ВН могут возникать при обострении хронического заболевания или возникновении осложнений, при пароксизмальном течении хронического заболевания (стенокардия, гипертонический криз, почечная колика и др.), при декомпенсации состояния больного под влиянием дополнительных экзогенных факторов. При рецидивирующем течении заболевания ВН определяется на периоды обострений при наличии их четкой клинической симптоматики и значительной выраженности функциональных нарушений, при прогрессирующем течении - на период до установления неблагоприятного трудового прогноза.

Определяя ВН у больных с хроническими заболеваниями, необходимо обращать внимание на правильное оформление диагноза и записи врача в листе нетрудоспособности, истории болезни или амбулаторной карте, адекватность сроков ВН характеру и причине заболевания. Так, при обострении хронических заболеваний в диагнозе должно фигурировать "обострение", в медицинской документации - констатация симптомов, доказательно свидетельствующих об обострении и необходимости освобождения больного от работы, при этом продолжительность ВН должна быть достаточной для ликвидации обострения.

При заболеваниях, протекающих с пароксизмами, сроки ВН зависят от основного заболевания, характера и тяжести пароксизма, а также от его первичного возникновения или повторения. При первичном пароксизме необходимо уточнить диагноз и лечение, ВН может быть достаточно продолжительной, при повторном - короткой, в связи с этим в диагнозе необходимо указывать "криз" (приступ, припадок, пароксизм).

Своевременная и правильная диагностика заболеваний, оценка этапа и характера течения заболевания во многом зависит от квалификации лечащих врачей и фельдшеров (акушерок), которым предоставлено право выдачи листков нетрудоспособности (справок). Поэтому основным направлением в улучшении клинико-экспертной работы является повышение квалификации врача и фельдшера (акушерки), создание для них необходимых условий для проведения своевременного обследования больных с использованием лабораторных, рентгенологических, инструментальных и других методов исследования, а также для проведения консультаций со смежными специалистами.

#### Документы, регламентирующие проведение экспертизы временной нетрудоспособности

В настоящее время в РБ экспертиза временной нетрудоспособности регламентируется следующими актами:

1. Положение о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, утвержденное постановлением Совета Министров Республики Беларусь 30.09.1997 № 1290 с внесенными изменениями и дополнениями на 01.09.2000 г. Настоящее Положение регулирует порядок обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности, включая связанную с беременностью и родами, в соответствии с Законом Республики Беларусь "Об основах государственного социального страхования".

2. Инструкция о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 09.07.2002 № 52/97.

Настоящая инструкция регулирует порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, удостоверяющих временную нетрудоспособность, беременность и роды и подтверждающих временное освобождение граждан от работы, учебы, службы и другой трудовой деятельности, обусловленное медицинскими причинами и социальными факторами, предусмотренными действующим законодательством.

3. Инструкция по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 09.07.2002 № 52/97.

Настоящая инструкция обязательна для исполнения всеми работниками организаций здравоохранения, которым предоставлено право выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности.

4. Положение об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации лечебно-профилактических учреждениях, утвержденное приказом министра здравоохранения РБ № 13 от 25.01.1993 г. "О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь".

Настоящее Положение распространяется на все учреждения организаций здравоохранения, независимо от ведомственной принадлежности, которым предоставлено право выдачи листков нетрудоспособности.

ЛЕКЦИЯ № 3

### **Правила выдачи и заполнения больничных листков. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность**

ВН удостоверяется листком нетрудоспособности (ЛН) или справкой о временной нетрудоспособности (справка). Другие документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, и ЛН, выданные с нарушением инструкций, не оплачиваются.

ЛН, выданный и оформленный в установленном порядке, в отличие от справки является основанием для назначения пособий по ВН и по беременности и родам. ЛН - наряду с этим есть документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы, является единицей статистического анализа.

Право на получение ЛН имеют лица, на которых распространяется государственное социальное страхование. К ним относятся граждане, работающие на основе трудовых договоров, членства (участия) в юридических лицах любых организационно-правовых форм; гражданско-правовых договоров, предметом которых является оказание услуг, выполнение работ и создание объектов интеллектуальной собственности у юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. При условии оплаты страховых взносов это право распространяется также на индивидуальных предпринимателей; граждан, выполняющих работы по гражданско-правовым договорам у физических лиц, творческих работников, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих в Республике Беларусь. В соответствии действующей инструкцией ЛН выдается:

1. работникам из числа граждан РБ, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих в организациях, независимо от их форм собственности;

2. лицам, занимающимся предпринимательской и иной деятельностью, при условии уплаты страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты РБ;

3. безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости, в период выполнения ими общественных работ;

4. работникам из числа граждан государств-участников Содружества Независимых Государств, в случае возникновения у них ВН в период пребывания на территории РБ.

По сложившейся практике ЛН не выдается на определенные периоды времени, если согласно законодательству за эти периоды пособие по ВН не выплачивается: за время

нетрудоспособности, которая приходится на период проведения периодического медицинского осмотра рабочих и служащих в установленных случаях; за время испытания в условиях стационара при призыве на военную службу; за время нахождения под арестом и проведения судебно-медицинской экспертизы; за время проведения принудительного лечения по определению суда (кроме больных, страдающих психическими заболеваниями); при умышленном причинении вреда своему здоровью в целях уклонения от работы или других обязанностей; при ВН, наступившей вследствие травмы, полученной при совершении преступления; в период спора о законности увольнения (в случае восстановления на работе пособие выплачивается со дня вынесения решения о восстановлении); за время выполнения государственных или общественных обязанностей, если по действующему законодательству эти обязанности осуществляются в рабочее время и за работником сохраняется средний заработок; за период привлечения к выполнению воинских обязанностей, в период отпуска в связи с обучением в вечерних и заочных отделениях высших и средних специальных учебных заведений; членам колхозов, у которых ВН наступила в период невыхода на работу без уважительных причин, продолжительность которого превышает 2 месяца. ЛН не выдается лицам, которым установлена инвалидность I и II групп без трудовой рекомендации.

Справка о временной нетрудоспособности - документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы или учебы, и в отдельных случаях является основанием для сохранения заработной платы на период ВН, а не для выплаты пособия. Справка о ВН, как и ЛН, служит юридическим основанием для освобождения трудящегося от работы либо учебы. Это предопределяет необходимость строгого подхода к выдаче справок, их учета и контроля.

Действующая инструкция позволяет выдать справку о ВН в следующих случаях:

1) безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости (кроме безработных, которые в этот период выполняли общественные работы);

2) военнослужащим, лицам рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям в случае обращения в территориальные организации здравоохранения за скорой и неотложной медицинской помощью и определения при этом у них ВН;

3) лицам, у которых длительная (более месяца) ВН вследствие заболевания или травмы наступила в течение месячного срока после увольнения с работы;

4) лицам, обучающимся в общих средних, профессионально-технических, средних специальных и в высших учреждениях образования, аспирантуре, клинической ординатуре, в том числе и при выполнении ими сельскохозяйственных работ;

5) лицам, осуществляющим предпринимательскую и иную деятельность, не состоящим на учете в органах Фонда и не уплачивающим страховые взносы.

Справка о ВН выдается, продлевается и оформляется в таком же порядке, как и ЛН.

В отдельных случаях факт ВН фиксируется справкой произвольной формы, которая может быть выдана для возможного установления начала срока ВН в соответствии с инструкцией или для предоставления по месту работы. Такая справка произвольной формы может быть выдана лицам, работающим посменно, обратившимся в нерабочее для амбулаторно-поликлинических учреждений время в скорую медицинскую помощь, в приемное отделение больницы или к фельдшеру здравпункта; гражданам, самостоятельно обращающимся за консультативной помощью, а также проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда; лицам, осуществляющим уход за больными взрослыми членами семьи в случаях, когда имеются медицинские и социально-правовые основания для проведения ухода и освобождения члена семьи от работы, а ЛН по уходу не может быть выдан, поскольку предельный срок его выдачи предусмотрен инструкцией, исчерпан.

*Частичная ВН* удостоверяется справкой (заключением) ВКК. Частичная ВН возникает при необходимости временного перевода на другую, более легкую работу. Такой перевод

осуществляется, если больной нетрудоспособен на своей работе, но может без ущерба для здоровья и эффективно выполнять другую. Временное трудоустройство является функцией ВКК, которая дает заключение о желательности по состоянию здоровья перевода на другую, более легкую работу и характере рекомендуемой работы с учетом квалификации больного (см. гл. 7.9.5). ВКК осуществляет не только временное, но и постоянное трудоустройство граждан, не являющихся инвалидами (Положение об ЭВН и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях, п. VI).

### **Специальные случаи определения временной нетрудоспособности**

*Определение ВН в период отпуска.* В период трудового и или социального отпусков ЛН выдается больному со дня установления ВН в случае заболевания или травмы, а также в связи с беременностью и родами. Во всех остальных случаях ВН ЛН не выдается, поскольку пособие в период трудового или социального отпуска не выплачивается. ЛН не выдается также в случае заболевания лица, находящегося в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет. Если лицо, находящееся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, работает в период указанного отпуска на условиях неполного рабочего времени (не более половины месячной нормы часов) или на дому, листок нетрудоспособности выдается в соответствии с инструкцией.

В случае наступления ВН во время отпуска, предоставляемого в установленном порядке молодому специалисту по окончании учебного заведения, ЛН не выдается, так как пособие за этот период не выплачивается независимо от того, получал он стипендию или нет. Исключение из этого правила касается только женщин, имеющих право на ВН в связи с беременностью и родами. При этом, если ВН по беременности и родам продолжается и после дня, с которого женщина должна была приступить к работе согласно направлению, пособие по беременности и родам выплачивается ей по месту учебы - до дня предполагаемой явки на работу и по месту работы - начиная с указанного дня. В таких случаях выдаются два ЛН: на период до предполагаемой явки на работу, который представляется в учебное заведение, и на период со дня предполагаемой явки на работу для выплаты пособия по месту работы.

*Определение ВН учащихся.* Лица, обучающиеся в общих средних, профессионально-технических, средних специальных и в высших учреждениях образования, аспирантуре, клинической ординатуре в период обучения социальному страхованию не подлежат. Поэтому ВН перечисленных категорий учащихся удостоверяется только справкой о ВН. На период ВН за учащимся сохраняется стипендия. Если ВН у этих лиц возникла при выполнении сельскохозяйственных работ или в период производственной практики, то им выдается также справка о ВН, поскольку договора о сельхозработах и производственной практике учащихся, заключаемые между учебным заведением и предприятием, не относятся к трудовым договорам. В то же время, лицам, зачисленным в период сельхозработ или производственной практики на работу по трудовому договору, выдается ЛН, который оплачивается по день окончания сельхозработ или производственной практики. Если ВН продолжается и после окончания сельхозработ или производственной практики, ЛН не выдается и пособие по ВН не выплачивается. В случаях же временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями, беременностью и родами выдается ЛН на общих основаниях в соответствии с инструкцией.

Студенты и учащиеся, работающие в составе строительных отрядов, в соответствии с законодательством приравниваются к категории временных рабочих и служащих. Если в период работы у членов строительного отряда возникает ВН, им выдается ЛН, который при трудовом увечье или профессиональном заболевании оплачивается до восстановления трудоспособности или установления инвалидности, а при общем заболевании - не более 75 календарных дней суммарно по всем случаям ВН.

В случаях ВН в связи с беременностью и родами у учащихся, которые обучаются с отрывом от производства в профессионально-технических, средних специальных и высших

учебных заведениях, в том числе и негосударственных, в аспирантуре, клинической ординатуре и совмещают учебу с работой, выдаются два листка нетрудоспособности для выплаты пособия по беременности и родам - как по месту работы, так и по месту учебы.

Учащиеся школ и курсов по повышению квалификации, по переквалификации и подготовке кадров, если они непосредственно перед поступлением в школу или на курсы работали в качестве рабочих и служащих, подлежат социальному страхованию и имеют право на пособие по ВН. При возникновении у них ВН последняя удостоверяется ЛН.

*Определение ВН у молодых специалистов.* Молодые специалисты, окончившие учебные заведения, аспирантуру или клиническую ординатуру с отрывом от производства и направленные на работу в соответствии с планом распределения, в случае наступления ВН до начала трудовой деятельности имеют право на получение пособия со дня, назначенного для явки на работу. Этим лицам ЛН выдается со дня назначенного для явки на работу, а пособие выплачивается по месту направления на работу. Молодые специалисты, которые трудоустраиваются самостоятельно, до фактического выхода на работу права на получение ЛН не имеют. Не выдается ЛН молодым специалистам в период отпуска, предоставляемого после окончания учебного заведения, во время которого им выплачивается стипендия. Исключением из этого правила является ВН в связи с беременностью и родами, которая сразу удостоверяется ЛН. При этом выдают два ЛН, один из которых оплачивается по месту учебы в размере стипендии, а второй - по месту работы из ее тарифной ставки (оклада).

*Определение ВН у сезонных и временных рабочих.* Временными работниками считаются лица, принятые на работу на срок до двух месяцев, а для замещения временно отсутствующего работника, за которым сохраняется место работы (должность), - до четырех месяцев. Сезонными работниками считаются лица, занятые на работах, которые в силу природных и климатических условий выполняются не круглый год, а в течение определенного периода (сезона), не превышающего шести месяцев. Перечни сезонных работ утверждаются Правительством РБ или уполномоченным им органом.

Временным и сезонным рабочим и служащим, если в период их работы наступает ВН, выдается ЛН, так как на них распространяется социальное страхование. Пособие выплачивается указанной категории работников за весь период, удостоверенным листком нетрудоспособности при ВН в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями, заболеванием туберкулезом, беременностью и родами; уходом за больным ребенком в возрасте до 14 лет, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при стационарном лечении, ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком.

При других причинах ВН выплата пособия производится не более, чем за 75 календарных дней в общей сложности.

*ВН уволенных.* Юридически днем увольнения считается последний день работы. Если в этот день, в том числе и после работы (до 24 часов), наступает ВН, выдается ЛН, который оплачивается до восстановления трудоспособности или установления группы инвалидности. Со следующего за увольнением дня пособие по ВН не выплачивается, поэтому ЛН не выдается.

Лицам, уволившимся с работы, в случаях возникновения ВН, продолжительностью более месяца, а также отпуска по беременности и родам в течение одного месяца после увольнения выдается справка о ВН. Если областным или Минским городским управлениями Фонда принято решение о выплате в этом случае пособия по ВН из средств социального страхования, то ВКК обменивает справку на ЛН. Такое решение может быть принято в порядке исключения в отдельных случаях увольнения с работы (прекращения трудовой деятельности) по уважительным причинам. Неуважительными причинами увольнения считаются основания увольнения, установленные п.п. 4, 5, 7, 8, 9 статьи 42 и статьей 47 Трудового кодекса РБ.

Иногда увольнение работника по инициативе нанимателя (администрации) может иметь место в период длительной ВН. Так трудовой договор, заключенный на неопределенный срок, а также срочный трудовой договор до истечения срока его действия могут быть расторгнуты

нанимателем в случае неявки на работу в течение более четырех месяцев подряд вследствие ВН (не считая отпуска по беременности и родам), если законодательством не установлен более длительный срок сохранения места работы (должности) при определенном заболевании. За работниками, утратившими трудоспособность в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, место работы (должность) сохраняется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности. На практике увольнение по причине длительной ВН допускается только в случаях острой производственной необходимости. Основанием для увольнения служит непрерывная ВН в течение указанных сроков. Выход на работу хотя бы на один день, а также (любой) отпуск прерывают ВН. Пособие по ВН таким лицам выдается до восстановления трудоспособности или установления инвалидности, что служит основанием для выдачи ЛН уволенным в период ВН.

*ВН военнослужащих.* Военнослужащие, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям подлежат лечению в ведомственных лечебных учреждениях, где на период ВН им выдается справка, гарантирующая сохранение заработной платы. В случае обращения их в территориальные организации здравоохранения за скорой и неотложной медицинской помощью и определения у них при этом временной утраты трудоспособности им выдается справка о ВН. Если лицо из указанного контингента по какой-либо другой причине обслуживается в гражданском лечебно-профилактическом учреждении, на период ВН ему выдается справка произвольной формы. ЛН никому из них не выдается.

*ВН за время нахождения под арестом.* За время нахождения под арестом ЛН не выдается и пособие не выплачивается. Если ВН продолжается после освобождения и работник восстановлен на работе, то со дня восстановления выплачивается пособие и выдается ЛН. Не выдается ЛН также за дни ареста за мелкое хулиганство.

Лицам, находящимся на принудительном лечении (кроме больных, страдающих психическими заболеваниями), ЛН не выдается и пособие не выплачивается. Психически больные в период принудительного лечения по решению суда пользуются правом на пособие по ВН.

*ВН работников религиозных организаций.* Лица, работающие в религиозных организациях, подлежат государственному социальному страхованию наравне с рабочими и служащими. В соответствии с письмами Совета по делам религий при Совете министров Республики Беларусь от 3 мая 1994 г. № 105 и от 3 августа 1994 г. № 197 к лицам, работающим в церковных приходах и организациях, на которых распространяется государственное социальное страхование, относятся:

**I. К священнослужителям:**

- православная церковь - Митрополит, архиепископы, епископы, священники, диаконы, псаломщики;
- католическая церковь - архиепископы, епископы, ксендзы, диаконы;
- старообрядческая церковь - духовные наставники, священники, диаконы, псаломщики;
- греко-католическая церковь (униатская) - священники, диаконы, псаломщики;
- иудейская религия - раввины;
- мусульманская религия - старшие пресвитеры, пресвитеры.

**II. К рабочим и служащим во всех религиозных конфессиях:**

- счетно-бухгалтерский персонал;
- работники канцелярий;
- хозяйственного и бытового обслуживания;
- транспорта и его обслуживания;
- регенты и штатные певчие церковных хоров, органисты, работающие постоянно в костелах.

Всем лицам, перечисленным в п.п. I и II, при возникновении ВН выдается ЛН.

## Общие вопросы выдачи листка нетрудоспособности

*Право медицинских учреждений на выдачу ЛН.* Право выдачи ЛН, согласно инструкции, предоставлено государственным организациям здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и негосударственным организациям здравоохранения, имеющих специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы ВН и выдачу ЛН.

Специальное разрешение (лицензия) выдается по совместному решению Минздрава и Фонда на срок не более пяти лет в соответствии с законодательством.

*Не имеют права выдавать ЛН* областные консультативные поликлиники, диагностические центры, отделения медицинской реабилитации санаториев, санатории-профилактории, МРЭКи, станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови, приемные отделения больниц, Государственная служба медицинских судебных экспертиз, центры гигиены и эпидемиологии, бальнеогрязелечебницы и городские курортные водогрязелечебницы, дома отдыха, туристические базы, врачебно-физкультурные диспансеры, дома-интернаты.

*Право медицинских работников на выдачу ЛН.* Согласно Инструкции ЛН выдают лечащие врачи после личного осмотра больного, которые ведут амбулаторный прием или больных в стационаре, в том числе врачи-интерны. В случае отстранения от работы в связи с карантином ЛН выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии - лечащим врачом, если работник имел контакт с заразными больными и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой.

Студенты высших медицинских учреждений образования не имеют права выдавать ЛН, за исключением периодов эпидемии гриппа, когда студентам старших курсов может быть предоставлено право выдачи ЛН по специальному приказу Минздрава согласованному с Фондом, а в случае необходимости, с согласия Минздрава и Фонда - комитетом по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, управлениями здравоохранения областных исполнительных комитетов по согласованию с областными, Минским городским управлениями Фонда.

Средний медицинский персонал при наличии врачей не имеет права выдавать ЛН и справки о ВН. В организации здравоохранения, где нет врача (сельские участковые больницы, врачебные амбулатории), на фельдшерско-акушерских пунктах право выдавать ЛН может быть предоставлено фельдшеру или акушерке с последующим контролем со стороны заведующего врачебным участком. Списки этих фельдшеров (акушерок) и сроки, на которые они могут выдавать ЛН, устанавливаются управлениями здравоохранения областных исполнительных комитетов по согласованию с областными управлениями Фонда. В период эпидемии гриппа по специальному приказу Минздрава, согласованному с Фондом, фельдшерам здравпунктов может быть предоставлено право выдачи ЛН. Фельдшеры не имеют права выдавать справки для последующего обмена их на ЛН. Исключение составляют справки произвольной формы, выдаваемые фельдшером здравпункта в вечернее и ночное время для освобождения от работы до конца смены для возможного последующего обмена их на ЛН.

В установленных инструкцией случаях ЛН выдает врачебно-консультационная комиссия (ВКК). Заведующие отделениями и заместители главного врача организации здравоохранения могут выдавать ЛН только в случаях, когда они исполняют обязанности лечащего врача.

В негосударственных организациях здравоохранения ЛН выдается лечащим врачом совместно с лицом, отвечающим за проведение экспертизы ВН.

За необоснованную выдачу, неправильное оформление ЛН и справок о ВН лица, которым предоставлено право их выдачи, привлекаются в установленном порядке к дисциплинарной ответственности. Лица, неоднократно допустившие указанные нарушения, могут быть лишены права выдачи ЛН и справок о ВН органами здравоохранения сроком от 1 до 3-х месяцев или направлены на досрочную аттестацию на соответствие занимаемой должности или



квалификационной категории. Если в действиях медицинских работников при выдаче ЛН и справок о ВН установлены признаки преступления, они могут быть привлечены к уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

### **Выдача листка нетрудоспособности при амбулаторном лечении**

*Лечебные учреждения, выдающие ЛН.* В случаях болезни или увечья работающих граждан ЛН им выдается организацией здравоохранения по месту жительства, а при наличии ведомственных организации здравоохранения - также и по месту работы, учебы, службы или по месту закрепления больного для медицинского обслуживания. При этом исходят из того, чтобы заболевшие меньше затрачивали времени на проезд к месту лечения или реабилитации, а больным, нуждающимся в соблюдении постельного режима, оказывалась медицинская помощь на дому. ЛН выдается, продлевается и закрывается, как правило, в одной организации здравоохранения. При необходимости, с разрешения лечащего врача, больной может продолжить лечение в организации здравоохранения по месту жительства или работы. Так, например, ЛН, выданный организацией здравоохранения по месту работы, может в установленном порядке продлеваться и закрываться в организации здравоохранения по месту жительства и наоборот. При этом в строке ЛН "Особые отметки" указывается "разрешено продление лечения в (название организации здравоохранения)", ставится дата, подпись и печать лечащего врача.

Республиканские организации здравоохранения (клиники, больницы и другие) имеют право выдавать ЛН гражданам, проживающим на территории Республики Беларусь, областные - гражданам, проживающим, на территории области, районные - района, ведомственные - работникам соответствующих государственных органов или организаций. ЛН указанными организациями выдается без соответствующего разрешения главного врача (руководителя) организации здравоохранения.

В случае обращения больного, нуждающегося в специализированных видах медицинской помощи, лечащий врач организации здравоохранения может выдать ЛН на срок до трех дней и направить больного в специализированное лечебное учреждение соответствующего профиля.

Инструкция оговаривает права диспансеров (кабинетов) на выдачу ЛН только по профильным или смежным заболеваниям.

Кардиологическим и онкологическим больным с установленным диагнозом ЛН может выдаваться и продлеваться в организации здравоохранения по месту жительства.

*Выдача ЛН иногородним.* Застрахованным, у которых ВН наступила вне места их постоянного обслуживания (постоянного жительства или работы), например, во время командировки, в доме отдыха и т.д., ЛН выдается в месте их временного пребывания, но лишь с разрешения главного врача (руководителя) или лица, исполняющего его обязанности. Вопрос о выдаче ЛН иногородним главный врач должен решать лично в первый день установления ВН. Разрешение главного врача (руководителя) организации здравоохранения о выдаче ЛН иногородним (иностранным гражданам) оформляется следующим образом. В строке ЛН "Особые отметки" записывается - "Выдачу ЛН разрешаю, главный врач" подпись, дата, гербовая печать организации здравоохранения. В случае госпитализации иногороднего главный врач визирует направление в стационар, а при выписке - подписывает ЛН. При установлении ВН у иногородних главный врач должен руководствоваться неотложными медицинскими показаниями (острое заболевание, травма, явное обострение хронического заболевания и т.п.). Обследование и лечение иногородних в плановом порядке проводятся только по направлению организации здравоохранения с места жительства больного в данное лечебное учреждение.

Если иногородний без ущерба для здоровья может выехать для лечения по месту жительства, в ЛН делается отметка "выезд разрешен", указывается дата, место выезда и ставятся подписи лечащего и главного врача. Отметка о выезде является основанием для продления данного ЛН по месту жительства больного. Если отметки о выезде нет, больному по месту жительства при необходимости продления случая ВН выдают новый ЛН, а неправильно оформленный пересылают для исправления в организацию здравоохранения, выдавшее ЛН.

*Дата выдачи ЛН при заболеваниях и травмах.* ЛН выдается в день установления нетрудоспособности (кроме случаев лечения в стационаре), в том числе в выходные и праздничные дни, в день увольнения, в период трудового и социального отпусков. При амбулаторном лечении даты выдачи ЛН и освобождения от работы должны совпадать. Это правило, однако, имеет ряд исключений. Если больной обратился в лечебное учреждение после работы и у него констатируется ВН, ЛН датируется днем обращения, а освобождение от работы проводится со следующего дня. Обосновывается это тем, что в день выдачи ЛН больной не нуждается в освобождении от работы и не утратил заработка, который компенсируется пособием по ВН.

Чаще несовпадение дат выдачи ЛН и освобождения от работы связано с получением ЛН за прошлое время. При этом встречаются обоснованные случаи, когда возможность выдачи ЛН за прошедшие дни разрешена Инструкцией, и необоснованные, вызванные ошибками врачей при проведении ЭВН. К причинам обоснованной выдачи ЛН за прошедшие дни относятся следующие.

1. Выдача ЛН за прошедшие дни работающим лицам, у которых ВН в связи с заболеванием или травмой возникла в период временного пребывания за границей и удостоверена документом организации здравоохранения страны пребывания. Документ, удостоверяющий ВН, беременность и роды, и приложенная к нему выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного должны быть переведены на белорусский (русский) язык. Перевод медицинских документов должен быть официально заверен (легализован). ЛН этим лицам выдается с разрешения главного врача, если диагноз, указанный в медицинском документе, является вероятным и сроки ВН адекватны соответствующей патологии.

Если ВН у них закончилась, то лечащий врач в разделе ЛН "Освобождение от работы" одной строкой указывает весь период от начала ВН по день ее окончания. ЛН подписывается лечащим врачом, заведующим отделением, председателем ВКК.

Если ВН у них не закончилась, дальнейшая выдача и продление ЛН осуществляется в общем порядке.

При сомнении в достоверности документа, удостоверяющего ВН больного, производится запрос в соответствующие органы здравоохранения за границей.

2. Выдача ЛН за прошедшие дни работающим лицам, которые трудятся и постоянно проживают в обособленных организациях Республики Беларусь на территории стран государств-участников Содружества Независимых Государств. Документ, удостоверяющий ВН, беременность и роды, выданный в стране проживания, обменивается на ЛН по письменному ходатайству организацией здравоохранения, в зоне обслуживания которой она находится. Порядок обмена аналогичен предыдущему (см. п. 1).

3. Выдача ЛН за прошедшие дни неработающим лицам, уволенным с работы (прекратившим трудовую деятельность) по уважительной причине, у которых длительная (более месяца) утрата трудоспособности вследствие заболевания или травмы наступила в течение месячного срока после увольнения с работы и удостоверена справкой о ВН. ЛН выдается при наличии решения комиссии по назначению пособий при областных, Минском городском управлениях Фонда о назначении пособия по ВН. Ранее выданная этим лицам справка о ВН по решению ВКК, которое заносится в строку ЛН "Особые отметки" обменивается на ЛН организацией здравоохранения по месту их лечения. Справка хранится в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Если ВН закончилась, лечащий врач в разделе ЛН "Освобождение от работы" одной строкой указывает весь периода от начала ВН по день ее окончания, а если продолжается - по дату решения Фонда о назначении пособия по ВН. ЛН подписывается лечащим врачом, заведующим отделением, председателем ВКК. При необходимости дальнейшие выдачи и продление ЛН осуществляются в соответствии с инструкцией.

4. Выдача ЛН за прошедшие дни работающим лицам, страдающим психическим заболеванием с нарушением контроля поведения, которые по состоянию здоровья своевременно

не обратились за медицинской помощью. Таким больным ЛН выдается ВКК психоневрологического диспансера или стационара.

5. Выдача ЛН за прошедшие дни лицам, работающим посменно, обратившимся за медицинской помощью в нерабочее для амбулаторно-поликлинических учреждений время в скорую медицинскую помощь, в приемное отделение больницы или к фельдшеру здравпункта. При последующем их обращении в организацию здравоохранения, лечащий врач, установив ВН с санкции ВКК (решение ВКК оформляется в строке "Особые отметки") выдает ЛН на основании:

- данных, полученных со станции скорой медицинской помощи (даты, времени вызова бригады скорой медицинской помощи, диагноза и характера медицинской помощи);
- справки произвольной формы, выданной приемным отделением больницы, в которой указываются диагноз и характер оказанной медицинской помощи (если она оказывалась);
- справки произвольной формы, выданной фельдшером здравпункта, с указанием даты, времени обращения, диагноза, характера оказанной медицинской помощи. Если врач признает больного трудоспособным, ЛН выдается только на день (часы), указанные в справке.

Необходимость выдать ЛН за прошедшие дни может возникнуть в тех организациях здравоохранения, где допускаются ошибки в организации или проведении ЭВН. Такие случаи в обязательном порядке рассматриваются главным врачом или специальной комиссией, назначенной главным врачом, и разбираются на врачебных конференциях.

*Порядок выдачи и продления ЛН.* ЛН при заболеваниях и травмах амбулаторно выдает лечащий врач (в соответствующих случаях фельдшер). Лечащий врач имеет право единолично выдавать ЛН в пределах 6 календарных дней одновременно или по частям, если требуется более частое наблюдение за больным.

В лечебных учреждениях с одним врачом (в сельских местностях, в отдельных районах и т.п.) - врачу общей практики, врачу участковой больницы или амбулатории предоставлено право выдавать ЛН при амбулаторном и при стационарном лечении единолично на весь период ВН, но не более чем на 14 календарных дней подряд по одному случаю ВН. Исключение из этого положения составляют лица, нуждающиеся в специализированных видах медицинской помощи. Этим лицам лечащий врач выдает ЛН сроком на 1-3 дня с последующим направлением больного в организацию здравоохранения соответствующего профиля.

Разрешение выдавать ЛН на эти же сроки ВН может распространяться и на фельдшера, работающего без врача и исполняющего обязанности врача (главного врача) участковой больницы или сельской врачебной амбулатории. Такое право выдавать ЛН фельдшеру предоставляется управлением здравоохранения (охраны здоровья) областного исполнительного комитета по согласованию с областным управлением Фонда. Эти же органы могут разрешить выдавать ЛН фельдшеру или акушерке фельдшерско-акушерского пункта единолично на срок до 3 календарных дней, а в период эпидемии гриппа - до 6 календарных дней.

Продление ЛН более указанных сроков (6 календарных дней для укомплектованного врачебными кадрами лечебного учреждения и 14 календарных дней для лечебного учреждения с одним врачом или фельдшером) проводится в последний день освобождения от работы. В первом случае это осуществляется лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а там, где его нет - председателем ВКК, заместителем главного врача, главным врачом после личного осмотра этими лицами. ЛН продлевается совместно этими врачами одновременно на срок не более чем на 10 календарных дней и на общий срок не более чем на 30 календарных дней. Во втором случае вопрос о дальнейшем продлении ЛН на срок до 30 календарных дней решается после консультации со специалистом вышестоящей организации здравоохранения.

Дальнейшее продление ЛН более 30 календарных дней решается ВКК организации здравоохранения.

Инструкция регламентирует определенный порядок выдачи ЛН при некоторых конкретных ситуациях.

1. Выдача ВКК ЛН с перерывами, то есть только на день (дни) явки в организацию здравоохранения в случаях проведения инвазивных методов обследования и лечения,

вызывающих ВН или проведение которых невозможно без освобождения от работы (эндоскопические исследования биопсией или введением лекарственных веществ, химиотерапия по интермиттирующему типу, гемодиализ и другие).

При этом в строке "Особые отметки" ЛН указывается (ютя) день (дни) проведения процедур и освобождения от работы проводится только на этот день (дни).

2. Выдача ЛН с первого дня обследования в центре профпатологии лицам, подлежащим периодическим медицинским осмотрам, если в процессе обследования устанавливается необходимость лечения.

3. Выдача ЛН при необходимости сроком на 1 день трудоспособным лицам, принимавшим участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС или проживающих (работающих) в зонах радиоактивного загрязнения, при их периодических медицинских обследованиях. В ЛН указывается вид нетрудоспособности - "Заболевание".

4. Выдача ЛН при ВН у лиц, получающих санаторно-курортное лечение. Исключение из этого положения касается тех лиц, которым на период санаторно-курортного лечения или ухода за ребенком на время санаторно-курортного лечения был выдан ЛН. ЛН выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии - с заместителем главного врача или с главным врачом.

5. Выдача ВКК ЛН члену семьи в случае смерти больного в период ВН ЛН, оформленный на имя умершего, выдается по день его смерти.

6. Выдача ЛН длительно и часто болеющим. Больным, у которых ВН при амбулаторном или стационарном лечении по одному или разным заболеваниям продолжается более 30 календарных дней подряд, ЛН продлевается после обязательного освидетельствования их на ВКК через 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН, а при заболевании туберкулезом - через 30, 60, 90, 120, 150 и 165 календарных дней. При повторных случаях обострений одного либо родственных заболеваний обязательное освидетельствование больных на ВКК проводится, когда суммарная ВН (при двух и более случаях) за последние 12 месяцев составила 60, 90, 120 и 135 календарных дней, а при туберкулезе - 60, 90, 120, 150, 180, 210 и 225 календарных дней. После осмотра ВКК в ЛН в строке "ВКК" указывает дату осмотра, продолжительность случая ВН в днях, которые заверяются подписью и личной печатью врача, являющегося председателем ВКК.

ЛН выдается больному на весь период ВН до ее восстановления или установления инвалидности, но не более чем на 120 календарных дней подряд по одному или разным заболеваниям (травмам) либо не более чем на 150 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев при повторных случаях ВН вследствие одного либо родственных заболеваний, включая санаторный этап медицинской реабилитации и протезирование в условиях стационара, а при заболевании туберкулезом - не более чем на 180 календарных дней подряд или не более чем на 240 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев, включая санаторно-курортное лечение в противотуберкулезном санатории.

Выдача (продление) ЛН на более длительные периоды ВН производится по решению ВКК организации здравоохранения, на основании заключения МРЭК об отсутствии у больного признаков инвалидности и продлении лечения. При длительной ВН ВКК направляет больного на освидетельствование на МРЭК не позднее вышеуказанных сроков. Если МРЭК не выявляет у больного признаков инвалидности и рекомендует продление лечения, ВКК в строке "ВКК" ЛН производит запись "Разрешено продление ВН", которая заверяется подписью и личной печатью председателя ВКК. Дальнейшее разрешение ВКК на продление ВН проводится в соответствии с инструкцией с отсчетом дней ВН от дня начала экспертизы во МРЭК.

Если МРЭК признает больного трудоспособным, ВКК продлевает ЛН на весь период проведения экспертизы, включая день ее окончания, и выписывает больного к труду со следующего дня.

Больные, которым МРЭК санкционировала продление ЛН, должны находиться под особым контролем организации здравоохранения.

## Выдача листков нетрудоспособности в стационаре

При лечении в стационаре (больнице, клинике и т. д.) ЛН в течение всего времени пребывания больного в стационаре выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением в день выписки за весь период стационарного лечения со дня госпитализации и по день выписки включительно. Весь срок ВН в стационаре отмечается в одной строке освобождения от работы, что удостоверяется двумя подписями - лечащего врача и заведующего отделением, а у иногородних - и главного врача.

ЛН в стационаре может выдаваться и к моменту выплаты заработной платы в случае ВН, продолжающейся более 30 календарных дней подряд. По желанию больного ему может быть выдан и закрыт ЛН за этот период для предоставления по месту работы и получения пособия по ВН, о чем делается соответствующая отметка в медицинской карте стационарного больного. При выписке больного ему выдается листок нетрудоспособности на оставшийся период лечения в стационаре как продолжение ранее выданного ЛН. При выдаче второго ЛН в нем подчеркивается "продолжение" и указывается номер первичного ЛН. Стационар не имеет право засчитывать дни ВН, предшествующие госпитализации. Работа стационара должна организовываться таким образом, чтобы временно нетрудоспособные поступали для лечения в назначенный срок, несвоевременная госпитализация необоснованно удлиняет сроки ВН.

Если после лечения трудоспособность больного восстановилась, ЛН выдается по день выписки и закрывается. При необходимости, в связи с удаленностью стационара от места жительства больного, ЛН отдельной строкой продлевается на один день.

Если больной остается еще временно нетрудоспособным, стационар имеет право продлить ЛН на срок до 3 дней, а при длительной ВН, в случае отсутствия показаний к частым врачебным осмотрам - до 10 календарных дней. В целях улучшения преемственности между стационаром и поликлиникой целесообразно продлевать ЛН только на время, необходимое для обращения в организацию здравоохранения, в которой будет продолжено лечение больного. Так как больной должен быть осмотрен врачом перед выпиской на работу в последний день ВН, стационар не имеет право закрывать продленный ЛН. Поэтому оформление такого ЛН производится в поликлинике, при этом важно, чтобы выписной эпикриз стационара своевременно передавался в поликлинику и содержал экспертно-трудовую рекомендацию.

Если ВН после выписки из стационара продолжается и далее, ЛН продлевается в соответствии с инструкцией. При восстановлении трудоспособности больного врач поликлиники закрывает ЛН, выданный стационаром. Если после выписки из стационара лечащий врач констатирует восстановление трудоспособности больного до истечения срока освобождения от работы стационаром, он направляет больного на ВКК для решения вопроса о трудоспособности. Если ВКК в своем заключении признает больного трудоспособным, ЛН закрывается. В строку ЛН "Заключение о трудоспособности" ВКК вносит соответствующие исправления.

При госпитализации больного в стационар с открытым ЛН, выданным амбулаторно, стационар имеет право продлевать такой ЛН. Стремление стационаров выдавать только свой ЛН свидетельствует о плохой преемственности между стационаром и поликлиникой. Нередко при этом стационар выдает ЛН как первичный, а не как продолжение выданного ранее ЛН, что вносит ошибки в статистический анализ заболеваемости с ВН.

При оценке исхода лечения в стационаре необходимо учитывать состояние трудоспособности к моменту выписки больного. Выздоровление можно констатировать лишь при восстановлении трудоспособности. Если больной после выписки из стационара освобождается от работы даже на несколько дней, правильнее констатировать только улучшение состояния.

Выдача ЛН при обследовании и лечении в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения производится как при амбулаторном лечении, а в стационарах больничного учреждения - как при стационарном лечении.

#### Выдача листка нетрудоспособности при обследовании и направлении для специального лечения в другой город

Все лабораторные, неинвазивные инструментальные и другие рутинные исследования, а также лечебные процедуры (физиотерапия, иглорефлексотерапия и т.п.) для трудоспособных застрахованных должны проводиться в нерабочее для них время, без выдачи ЛН, кроме случаев, когда по самому характеру данного исследования или процедуры они могут быть проведены только в рабочее время. Если работающий нуждается в проведении обследования либо лечения, но является трудоспособным, ЛН не выдается. Предупредить необоснованную выдачу ЛН можно только при правильном режиме работы лечебных учреждений в вечернее время и предвыходные дни.

В то же время инструкция допускает выдачу ЛН при обследовании и лечении, если провести их без отрыва от работы невозможно. Применение некоторых методов исследования часто вызывает состояние кратковременной нетрудоспособности. К числу таких методов относятся ангиография, бронхоскопия (графия), пневмографические методы рентгенологического исследования и др. Аналогичная ситуация возникает при проведении инвазивных методов лечения (например, эндоскопическое введение лекарственных веществ, химиотерапия по интермиттирующему типу, гемодиализ и др.). В этих случаях ЛН больному выдает ВКК организации здравоохранения. При этом в строке "Особые отметки" ЛН указывается (ются) день (дни) проведения процедур и освобождение от работы проводится только на этот (и) день (дни).

Для консультации или специального лечения в другом городе РБ ЛН выдается ВКК организации здравоохранения при наличии заключения главного специалиста (заместителя главного врача по лечебной работе, заведующего отделением организации здравоохранения), а для консультации или лечения за границей - при наличии направления Минздрава на консультацию или лечение.

ВКК организации здравоохранения выдает ЛН только при наличии указанного направления на время, необходимое для проезда и консультации (лечения), но не более чем на 10 дней. В строке ЛН указывается "Направляется на консультацию (лечение) (указывается название организации здравоохранения и ее адрес)". В разделе ЛН "Освобождение от работы" в графе "С какого числа" проставляется дата начала ВН. Продление и закрытие этого ЛН производит ВКК организации здравоохранения по возвращении больного после обследования (лечения) на основании справки (выписки из истории болезни) о проведенной (ом) консультации (лечения). При направлении больного на консультацию или лечение в пределах Республики Беларусь ЛН может продлеваться по месту консультации (лечения) в обычном порядке.

ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае лечения за пределами Республики Беларусь выдается, если имеется заключение Минздрава о необходимости его лечения за границей, до отъезда на весь период лечения, включая время проезда туда и обратно. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком", в строке "Режим" - "Амбулаторный", в строке "Особые отметки" - "Уход за больным ребенком за границей, имя и дата рождения ребенка", в разделе "Освобождение от работы" проставляется только начальная дата освобождения от работы.

Окончательное оформление и закрытие ЛН производится ВКК по возвращении ребенка домой на основании выписки из истории болезни, других документов, переведенных на белорусский (русский) язык, подтверждающих факт проведенного лечения.

### **Выдача листка нетрудоспособности работающим инвалидам и пенсионерам по старости**

Работающим инвалидам ЛН выдается на общих основаниях - до восстановления трудоспособности или пересмотра во МРЭК группы инвалидности (независимо от группы и причины инвалидности, а также связи ВН с причиной инвалидности). Порядок оплаты пособия ВН работающим инвалидом оговорен Положением о порядке обеспечения пособиями по ВН и зависит от вида (причины) ВН. Так, пособие по ВН работающим инвалидам при трудовом увечье и профессиональном заболевании выплачивается на общих основаниях, без ограничений. Для лиц, признанных инвалидами вследствие заболевания туберкулезом, при обострении этого заболевания, инвалидам Великой Отечественной войны и другим инвалидам, приравненным к ним по льготам, а также инвалидам, в отношении которых установлена причинная связь наступившей инвалидности с Чернобыльской катастрофой (ст. 18 Закона Республики Беларусь "О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС"), при обострении заболевания или увечья, по которым установлена инвалидность, выплата пособия производится не более 120 дней подряд и не более 150 дней с перерывами в календарном году.

Работающим инвалидам вследствие заболевания туберкулезом при ВН, связанной с обострением туберкулеза, в графе "Вид нетрудоспособности" ЛН отмечается "заболевание туберкулезом связано с инвалидностью". Другим работающим инвалидам, у которых ВН связана с заболеванием или увечьем, по которому установлена инвалидность, в графе "Вид нетрудоспособности" ЛН производится отметка "заболевание связано с инвалидностью". Это является основанием для выплаты пособия работающему инвалиду не более 2 месяцев подряд и не более 3 месяцев с перерывами в календарном году.

Выплата пособия за период не более 2 месяцев подряд понимается как непрерывная выплата по одному случаю ВН за указанный период в календарных днях. Термины "2 месяца в календарном году" и "3 месяца в календарном году" обозначают соответственно выплату пособия за 60 и 90 дней в общей сложности в календарном году, независимо от того, в каких по продолжительности месяцах имели место случаи ВН.

Выплата пособия 2 месяца подряд проводится независимо от того, укладывается этот срок в один календарный год или переходит на другой, а также одно или разные общие заболевания вызвали непрерывную ВН. Если срок выплаты истек в предшествующем году, а ВН продолжается без перерыва в следующем году, выплата пособия в новом календарном году не возобновляется. Если при общем заболевании возникает несколько случаев ВН с перерывами, пособие выплачивается за 90 календарных дней в течение одного календарного года.

Работающим инвалидам, ВН у которых не связана с обострением заболевания или увечья, по которым установлена инвалидность, пособие выплачивается на общих основаниях, то есть в пределах обычных сроков. В ЛН в указанных случаях производится отметка "заболевание не связано с инвалидностью".

Право на получение ЛН имеют только работающие инвалиды I, II и III группы, которые после признания их инвалидами во МРЭК имеют трудовые рекомендации МРЭК. Как и у лиц, не являющихся инвалидами, сроки ВН у работающих инвалидов определяются в зависимости от клинического и трудового прогноза. При благоприятном трудовом прогнозе ЛН выдается на весь период ВН, в том числе и после истечения срока оплаты ЛН. Если выясняется неблагоприятный прогноз и нарастает тяжесть инвалидности, больной должен быть направлен на МРЭК до срока очередного переосвидетельствования и не позднее 2 месяцев непрерывной ВН. Лица, признанные во МРЭК инвалидами I и II группы без рекомендации трудиться,

должны быть уволены с работы администрацией предприятия в связи с несоответствием состояния здоровья занимаемой должности, так как выполнение рекомендаций МРЭК для администрации является обязательным. Если администрация не выполняет решения МРЭК и нетрудоспособный инвалид возобновляет работу, он приобретает право на получение пособия и ему выдается ЛН. Поскольку трудовой прогноз у такого инвалида неблагоприятный и работать он не сможет, следует обратить внимание администрации предприятия, на котором работает больной, на необходимость выполнения решения МРЭК. Если у инвалида I или II группы, возобновившего работу вопреки заключению МРЭК о невозможности или противопоказанности труда, при обращении в организацию здравоохранения констатируется невозможность участия в трудовой деятельности, ВКК открывает ЛН и срочно направляет инвалида на МРЭК. В случае повторного признания больного инвалидом I или II группы без вынесения трудовой рекомендации, ВКК закрывает ЛН днем начала повторного (внеочередного) его освидетельствования на МРЭК.

Работающим пенсионерам по старости ЛН выдается на общих основаниях. У постоянно работающих пенсионеров не предусмотрено ограничений и в выплате пособия по ВН; временно работающим пенсионерам пособие выплачивается не более 75 календарных дней (как и другим временным работникам).

При возникновении длительной ВН у пенсионеров по старости необходимо также руководствоваться клиническим и трудовым прогнозом. Пожилой возраст обычно ухудшает прогноз заболевания. При неблагоприятном или сомнительном трудовом прогнозе длительное продление ЛН становится нецелесообразным. Такого пенсионера необходимо направить на МРЭК и после установления инвалидности закрыть ЛН. В то же время, если прогноз благоприятный и нет выраженных функциональных нарушений, пожилой возраст больного не может служить основанием для определения инвалидности.

ЛЕКЦИЯ №4

### **Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях и органах здравоохранения.**

#### **Оформление листка нетрудоспособности при направлении на МРЭК**

При длительной ВН ВКК направляет больного на освидетельствование на МРЭК не позднее вышеуказанных установленных сроков. При выявлении признаков инвалидности больной должен направляться на МРЭК и ранее этих сроков. При направлении на МРЭК временно нетрудоспособного лица организация здравоохранения производит освобождение от работы до дня направления на МРЭК, при этом председатель ВКК в строке ЛН "Особые отметки" указывает "Направлен на МРЭК", дату направления, ставит свою подпись и личную печать. Все действия с ЛН прекращаются до вынесения решения МРЭК.

Когда освидетельствование заканчивается, МРЭК отмечает в ЛН даты начала и окончания экспертизы, вносит закодированное решение, которое удостоверяется подписью председателя МРЭК и печатью МРЭК. Дата начала экспертизы - это день регистрации документов во МРЭК, а дата, ее окончания - день окончательного освидетельствования.

*Порядок оформления ЛН при первичном освидетельствовании, то есть освидетельствование лиц, не являющихся в данный момент инвалидами.*

При первичном освидетельствовании могут быть различные варианты решения МРЭК.

**Вариант 1.** Больной признан во МРЭК инвалидом (I, II, III группы). ВКК организации здравоохранения, которое направляло больного на МРЭК, закрывает ЛН днем установления инвалидности (днем регистрации документов во МРЭК), так как отпуск по болезни или увечью,



предоставляется до восстановления трудоспособности или установления инвалидности. С этого дня, если инвалидность определена в период ВН, производится начисление пенсии, а выплата пособия по ВН должна быть приостановлена. С этого дня инвалид не имеет права на получение ЛН, пока он не возобновит работу. Если даты направления на МРЭК и начала экспертизы не совпадают, ВКК после завершения экспертизы, при необходимости, продлевает ЛН на недостающие дни, в том числе и на день установления инвалидности и закрывает его этим днем. В строке ЛН "Заключение о трудоспособности" указывается "Нетрудоспособен (прописью число и месяц установления инвалидности) инвалид I, II группы" или, если МРЭК выносит инвалиду трудовую рекомендацию, - "К труду с ... (дата, следующая за днем установления инвалидности), инвалид III, II, I группы".

**Вариант 2.** Больной признан во МРЭК временно нетрудоспособным (долечивание). ВКК одновременно продлевает ЛН на весь период проведения экспертизы, включая день ее окончания. В строке "ВКК" ЛН производится запись "Разрешено продление ВН", которая заверяется подписью и личной печатью председателя ВКК. Дальнейшее продление ЛН производится на общих основаниях с отсчетом дней ВН от дня начала экспертизы в МРЭК.

**Вариант 3.** Больной признан во МРЭК трудоспособным. ВКК продлевает ЛН на весь период проведения экспертизы, включая день ее окончания, и выписывает больного к труду со следующего дня.

**Вариант 4.** У больного, признанного инвалидом, имеющего трудовую рекомендацию МРЭК, в день, когда он должен был приступить к работе, возникает новый случай (вид) ВН, не связанный с причиной инвалидности. В строке "Особые отметки" указывается "Заболевание (травма) не связано (а) с причиной инвалидности. ЛН продлевается на общих основаниях в соответствии с инструкцией.

**Вариант 5.** МРЭК решения не вынесла и констатирует необходимость обследования больного в стационаре. Председатель МРЭК делает об этом пометку в ЛН и указывает дату предварительного освидетельствования. На этом основании ВКК продлевает ЛН и срочно направляет больного в стационар. Обследование в стационаре должно проводиться в максимально сжатые сроки с выдачей ЛН и немедленным направлением больного на МРЭК. Датой освидетельствования в этом случае является день окончания экспертизы.

**Вариант 6.** Больной не согласен с решением МРЭК. Если МРЭК вынесла решение и признала больного инвалидом, он утрачивает право на получение ЛН до возобновления работы. Если больной не приступил к работе и в порядке обжалования решения МРЭК поступает в стационар, в том числе в НИИ МСЭ и Р, ЛН ему не выдается.

**Вариант 7.** Больной отказался от освидетельствования во МРЭК или несвоевременно явился на МРЭК. Это является нарушением режима. Больному разъясняют, что его документы передаются во МРЭК, и с этого момента продление ЛН прекращается, одновременно извещают администрацию о том, что больному не должен допускаться к работе. В строке "Особые отметки" ЛН ВКК производит запись "Нарушение режима" и указывает дату нарушения режима. Документы больного передаются (пересылаются) во МРЭК.

Если больной явился на освидетельствование во МРЭК несвоевременно, днем установления инвалидности будет день окончания экспертизы. Председатель МРЭК в строке "МРЭК" ЛН указывает только одну дату - день освидетельствования (день явки больного) во МРЭК. Председатель ВКК при оформлении ЛН в строках "Особые отметки" указывает "Нарушение режима - не являлся во МРЭК с \_\_ по \_\_ (даты)"; пропущенные в связи с несвоевременной явкой больного во МРЭК дни в раздел ЛН "Освобождение от работы" не включаются. Эти дни не включаются и в пенсионирование, если больной будет признан инвалидом.

*Порядок оформления ЛН при переосвидетельствовании инвалидов.* Иногда у инвалида в период очередного переосвидетельствования может возникнуть ВН. В подобных случаях, если не произошло нарастания тяжести инвалидности, целесообразнее отложить переосвидетельствование до окончания ВН. Пропуск срока переосвидетельствования в связи с ВН рассматривается как

уважительная причина для возобновления выплаты пенсии в случае последующего признания больного инвалидом. Порядок оформления ЛН после переосвидетельствования зависит от решения МРЭК. Если группа инвалидности повышается, ЛН закрывается; если подтверждается II и I группа инвалидности и не выносятся трудовая рекомендация МРЭК, ЛН закрывается; если выносится решение о III группе инвалидности, а также подтверждается III или I группа инвалидности, но дается трудовая рекомендация МРЭК, ЛН продлевается до окончания ВН, хотя оплачивается при общем заболевании с вышеуказанными ограничениями.

Исходя из вышеизложенного следует, что необходимо своевременно, без задержки проводить экспертизу лиц, первично направляемых на МРЭК в период ВН. Ожидание очереди в таких случаях влечет за собой необоснованное удлинение ВН.

ЛЕКЦИЯ № 5

## **Порядок выдачи больничных листков и справок при заболеваниях, травмах и протезировании.**

### **Оформление листков нетрудоспособности при заболеваниях**

ЛН должен заполняться четко, ясно, разборчиво, на белорусском или русском языках фиолетовыми, синими или черными чернилами. Поправки и исправления в ЛН недопустимы. В исключительных случаях можно зачеркнуть неправильно написанное и сделать надпись сверху, заверив ее подписью врача и печатью. Любое исправление должно быть оговорено, о чем производится запись на полях ЛН (на одном бланке допускается не более двух оговоренных исправлений). В каждом ЛН подчеркивается слово "первичный" или "продолжение". Первичным является ЛН, выданный впервые по одному случаю заболевания, а не тот, который впервые выдан в данном учреждении. При выдаче первого ЛН (первичного) в разметке позиции I для кодирования проставляется цифра 1, а при выдаче последующих листков нетрудоспособности (продолжение) по данному случаю - цифра 0. Если в связи с одним заболеванием ЛН выдавался разными организациями здравоохранения и перерыва ВН не было, в другом учреждении выдается "свой" (новый) бланк ЛН как "продолжение". По одному случаю ВН ЛН выдаются в количестве, необходимом для удостоверения всего случая ВН. По окончании каждого бланка (кроме последнего), в строке "Заключение о нетрудоспособности" указывается - "Продолжает болеть". Последующие ЛН выдаются с отметкой в строке "Особые отметки" - "Продолжение ЛН № и дата выдачи (предшествующего)". Дата начала случая ВН шифруется согласно первому ЛН и указывается в каждом последующем ЛН.

Случай ВН считается законченным, если больной выписан к труду или при первичном направлении на МРЭК ему установлена группа инвалидности, а при переосвидетельствовании в периоде ВН работающего инвалида - группа инвалидности повышена либо не вынесена трудовая рекомендация.

Если после закрытия ЛН больной приступил к работе и у него вновь возникла ВН, случай прерывается вне зависимости от того, связана ли вновь возникшая ВН с тем или другим заболеванием (травмой).

Если после закрытия ЛН у пациента до выхода на работу наступил другой вид ВН, больному выдается новый ЛН, который шифруется как первичный.

Если ЛН, выданный больному в связи с заболеванием (травмой) закрыт, но, не приступив к работе, он снова признан временно нетрудоспособным, в том числе в связи с заболеванием другой этиологии (другой травмой), новый ЛН ему выдается как продолжение ранее выданного ЛН. Это правило не распространяется на несчастные случаи, связанные с производством и на случаи профессиональных заболеваний, по которым вновь выдаваемые ЛН должны шифроваться как первичные.

Диагноз заболевания, вызвавшего ВН, шифруется в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (МКБ - 10).

Кодировка причин заболеваемости с ВН осуществляется в соответствии с Государственной статистической отчетностью форма № 16-ВН "Отчет о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности", утвержденной постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 1 июня 2001 года № 31 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 62,8) 6253 (далее - ф.16-ВН).

По окончании случая ВН шифруется заключительный диагноз, как по ф. 16-ВН, так и по МКБ-10. Если в течение одного случая ВН протекало несколько заболеваний, в заключительном диагнозе определяется основное заболевание. При определении основного заболевания необходимо руководствоваться рядом правил, которые изложены в главе VIII.

В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" лечащий врач записывает причину, обусловившую ВН: заболевание общее, заболевание профессиональное или другой вид ВН. В ряде случаев в строке "Вид нетрудоспособности" следует указывать дополнительные данные, необходимые для правильного назначения пособия по ВН:

- 1) при установлении у больного факта опьянения на момент обращения по поводу травмы - "Травма, алкогольное (наркотическое, токсикоманическое) опьянение";
- 2) в случае возникновения у больного алкогольной (наркоманической, токсической) комы или лечения хронического не осложненного алкоголизма (наркомании, токсикомании) - "Заболевание связано с употреблением алкоголя (наркотических, токсических веществ)";
- 3) при возникновении ВН по причине забора органа (ткани) - "Заболевание связано с забором органа (ткани, крови)";
- 4) при наличии причинной связи ВН с заболеванием (травмой), полученной при выполнении интернационального долга - "заболевание является следствием заболевания (травмы), полученного (ой) в период выполнения интернационального долга";
- 5) если причиной ВН явилось заболевание туберкулезом - "Заболевание туберкулезом";
- 6) при возникновении ВН у работающих инвалидов - "Заболевание связано или не связано с инвалидностью".

В строке "Режим" отмечается вид предписанного врачом больному лечебно-охранительного режима. При заболеваниях и травмах может устанавливаться режим: домашний, амбулаторный, постельный, стационарный, санаторный, реабилитационный. Не следует рекомендовать "свободный режим", так как это может быть "поводом для его нарушения. При изменении вида режима в строке "Особые отметки" ЛН производится соответствующая запись с указанием даты изменения режима. При нарушении режима, установленного врачом, в строке "Особые отметки" указываются: дата и характер нарушения режима (должно быть указано, в чем конкретно выразилось нарушение режима), ставится подпись и печать лечащего врача или председателя ВКК.

В строке "Особые отметки" записывается информация об особых ситуациях, оговоренных инструкцией, а также сведения, которые в ряде случаев влияют на размер и длительность выплаты пособия по ВН.

В строке "ВКК" указываются даты осмотра на ВКК, а также длительность случая ВН в календарных днях (непрерывный или прерывистый за последние 12 месяцев), фамилия, подпись и личная печать председателя ВКК.

В разделе "Освобождение от работы" в первой графе "С какого числа" арабскими цифрами указываются дата и месяц (без указания года), с которой больной освобожден от работы, например: 03.08. Во второй графе "По какое число включительно" прописью указывается дата, по какое число больной освобождается от работы, например: пятое августа. В

третьей графе указываются должность врача и его фамилия, а в четвертой ставится его подпись и личная печать.

Если ЛН выдается (продлевается) на один день, во второй графе указывается прописью та же дата, что и в первой графе.

После проведения медико-социальной экспертизы председатель МРЭК в строке "МРЭК" ЛН указывает даты начала и окончания экспертизы и шифрует "Заключение МРЭК", которое заверяется печатью МРЭК.

Заключение о трудоспособности выносится только лечащим врачом больного в последний день освобождения от работы или в случае окончания бланка ЛН, или после освидетельствования больного на МРЭК. Если трудоспособность больного восстановилась, лечащий врач в строке "Заключение о трудоспособности" производит запись "К труду" и указывает прописью число и месяц даты, с которой пациент должен выйти на работу. Если ВН продолжается, в этой же строке производится запись "Продолжает болеть". Лицам, прошедшим освидетельствование на МРЭК, которым впервые установлена группа инвалидности с трудовой рекомендацией, в заключение о трудоспособности указывается "К труду" и прописью число и месяц даты, с которой пациент должен выйти на работу (эта дата следует за днем начала экспертизы во МРЭК), инвалид I, II, III группы и дата установления инвалидности.

Если инвалиду при освидетельствовании во МРЭК установлена группа инвалидности без вынесения трудовой рекомендации, в строке "заключение о трудоспособности" указывается "Нетрудоспособен, инвалид I, II группы" и дата начала экспертизы на МРЭК".

В последней строке ЛН указывается должность и фамилия лечащего врача, закрывающего ЛН, которые заверяются подписью и его личной печатью.

ЛН нужно закрывать своевременно, чтобы его можно было предоставить администрации в день выхода на работу по окончании ВН. Поэтому закрывать ЛН необходимо в последний день ВН, при этом накануне выхода на работу больной осматривается врачом и своевременно предъявляет администрации законченный ЛН. Важно правильно организовать режим работы поликлинических учреждений, чтобы закрытие ЛН проводилось во все дни недели.

Лицам, работающим у нескольких нанимателей, ЛН выдаются в количестве, необходимом для предъявления по каждому месту работы. В верхнем правом углу дополнительно выдаваемых ЛН производится отметка "Дополнительный".

В случае утери ЛН выдается его дубликат. Дубликат выдается ВКК организации здравоохранения по предъявлении справки с места работы о том, что пособие по данному случаю ВН не выплачивалось. При оформлении дубликата ЛН в верхней его части указывается прописью "Дубликат, серия ..., № ... (утраченного)". В разделе "Освобождение от работы" одной строкой указывается весь период ВН, ставится подпись лечащего врача, заведующего отделением и заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Одновременно вносится соответствующая запись в медицинскую документацию с указанием номера выданного ЛН.

### **Оформление листка нетрудоспособности при нарушении режима**

При определении нарушения режима руководствуются инструкцией и Положением о порядке обеспечения пособиями по ВН.

Выделяются следующие основные виды нарушения режима: нарушение режима, предписанного врачом; неявка на врачебный осмотр в назначенный срок без уважительной причины; неявка в назначенный срок на освидетельствование во МРЭК; выезд больного в другую местность без разрешения лечащего врача или ВКК. Отказ от госпитализации, от каких-либо методов обследования, лечения, сдачи анализов и другое в этих рамках не считается нарушением режима.

1. *Нарушение режима, предписанного врачом.* Явка больного к врачу в период ВН в состоянии алкогольного опьянения, выход на работу без разрешения врача во время пребывания на ЛН, отсутствие больного дома при назначении ему постельного или домашнего режима, самовольный уход больного из стационара, опоздание на лечение или преждевременный отъезд из санатория (медицинского реабилитационного центра, спелеолечебницы) и т.п. рассматриваются как нарушение режима, предписанного врачом. В таких случаях в строке "Особые отметки" указываются дата и характер нарушения режима, ставится подпись и печать лечащего врача или председателя ВКК. Примеры:

1) при употреблении в процессе лечения алкоголя - "Нарушение режима - употребление алкоголя в стационаре, в процессе амбулаторного лечения, в отделении медицинской реабилитации санатория и другое" и дата;

2) при отсутствии больного дома при назначении ему постельного или домашнего режима - "Нарушение режима - при посещении больного на дому - отсутствовал" и дата;

3) при самовольном уходе больного из стационара - "Нарушение режима - самовольный уход из стационара" и дата;

4) при приезде с опозданием на лечение или преждевременном отъезде из санатория (медицинского реабилитационного центра, спелеолечебницы) - "Нарушение режима - приезд на лечение с опозданием (преждевременный, самовольный отъезд)" и дата (даты);

5) при самовольном выходе на работу нетрудоспособного больного - "Нарушение режима - самовольный выход на работу" и дата, а в строке "Заключение о трудоспособности" - "Нетрудоспособен".

2. *Неявка на врачебный осмотр в назначенный срок без уважительной причины.* В этом случае при неявке больного на прием к лечащему врачу или на ВКК в назначенный срок в строке "Особые отметки" ЛН делается соответствующая запись - "Нарушение режима - не являлся на прием в период с \_\_ по \_\_ (даты)". Если трудоспособность больного восстановилась, в строке "Заключение о трудоспособности" указывается "Явился (дата) трудоспособным", число и месяц указываются прописью. Если трудоспособность не восстановилась, продление ЛН производится только со дня осмотра больного лечащим врачом (ВКК). Зачет пропущенных пациентом дней в раздел ЛН "Освобождение от работы" не производится.

3. *Неявка в назначенный срок на освидетельствование на МРЭК.* В случае отказа или несвоевременной явки на освидетельствование на МРЭК в строке "Особые отметки" ЛН записывается - "Нарушение режима - отказ от направления на МРЭК" или "Нарушение режима - несвоевременная явка на освидетельствование во МРЭК" и дата (даты).

4. *Выезд больного в другую местность без разрешения врача.* Больной, находящийся на ЛН, может выехать в другую местность только с разрешения организации здравоохранения, которое делает об этом отметку в ЛН. При самовольном выезде на лечение (консультацию) в другой город (страну) в период ВН в строке "Особые отметки" ЛН производится запись - "Нарушение режима - выезд на лечение (консультацию) в другой город (страну) без разрешения ВКК (лечащего врача)".

В соответствии с Положением о порядке обеспечения пособиями по ВН (п. 32) лицам, нарушившим режим, установленный для них врачом, а также лицам, не явившимся без уважительных причин в назначенный срок на врачебный осмотр или освидетельствование во МРЭК - со дня допущенного нарушения на срок, устанавливаемый комиссией страхователя по назначению пособий, пособие по ВН выплачивается в размере 50% от установленных нормативов.

## **Организация работы и функции ВКК (врачебно- консультативной комиссии) в лечебно- профилактических учреждениях.**

### **Организация экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях**

Организация экспертизы ВН в лечебно-профилактических учреждениях имеет большое клиническое, профилактическое и социальное значение, способствует восстановлению здоровья, трудоспособности трудящихся, возвращению заболевших к трудовой деятельности, снижению показателей заболеваемости с ВН и первичной инвалидности, сохранению трудовых ресурсов для народного хозяйства страны и экономному расходованию средств по государственному социальному страхованию.

Организационно экспертиза ВН входит в сложную структуру системы здравоохранения ее важной функциональной подсистемой своей определенной целью и конкретными задачами. Эффективное функционирование этой подсистемы возможно только при ряде условий, в ряду которых на первый план выдвигаются: 1) правильная структурная организация; 2) четкая регламентация круга обязанностей и порядка работы всех составляющих звеньев; 3) адекватная информация о деятельности системы; 4) подготовка кадров, способных выполнять данную работу.

### **Штатно-организационная структура службы экспертизы временной нетрудоспособности**

В соответствии со ст. 49 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (2001 г.) экспертиза ВН проводится в учреждениях здравоохранения лечащим врачом или врачебно-консультационной комиссией, назначаемой руководителем учреждения здравоохранения.

Права и обязанности по проведению экспертизы определены Положением об экспертизе ВН и организации реабилитации в ЛПУ (Приложение № 14 к Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 25.01.1993 г.).

Согласно Положению, экспертиза ВН входит в функциональные обязанности лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации (МСЭ и Р), руководителя учреждения, главных специалистов органов здравоохранения.

Ответственность за постановку экспертизы ВН возлагается на руководителей органов здравоохранения административной территории и на руководителей лечебно-профилактических учреждений (главного врача, заместителя главного врача по МСЭ и Р, заместителя директора НИИ по клинике, проректора по лечебной работе).

Положение предусматривает 2 этапа проведения экспертизы ВН в учреждениях здравоохранения и определяет объем работы и функциональные обязанности на каждом этапе. 1-й этап экспертизы ВН включает в себя объект управления – это врачи и фельдшера, непосредственно осуществляющие экспертизу ВН и работу по снижению заболеваемости с ВН.

Организация и усовершенствование 1-го этапа проведения экспертизы ВН располагает следующими системообразующими факторами:

1. Обеспечение соответствующей численности штатного персонала, его подготовку, как в высшем учебном заведении, так и в последипломном периоде.

Следует уделить внимание улучшению условий их труда, организации рабочих мест, обеспечить работников необходимыми орудиями труда, включая инструменты, справочный материал, использование стандартных бланков, клише и т.п.

Особую роль играет фактор времени, поэтому нужно предусмотреть в графиках работы врачей и фельдшеров время для проведения экспертизы ВН, для совместной работы с нанимателями и общественными организациями по снижению ВН.

2. Организация взаимодействия между специалистами внутри учреждения и на этапах медицинской помощи (фельдшерский пункт – врачебная амбулатория или участковая больница, центральная районная больница – клиническая больница).

3. Обеспечение наличия у всех исполнителей должностных инструкций и их качественное исполнение по всем пунктам. Включая проведение экспертизы трудоспособности, обследования, диагностики, лечения больных, а также проведение совместно с нанимателем и общественными организациями мероприятий по оздоровлению работающих и по снижению заболеваемости с ВН.

4. Организация информационного обеспечения, в том числе директивной, научной информацией, информацией о передовом опыте, информацией из собственных источников.

Определенное значение имеет создание в коллективе благоприятного психологического климата, а также использование различных методов морального и материального стимулирования труда.

5. Организация взаимодействия с другими системами, ведомствами, службами, взаимный обмен информацией, совместные проверки, анализ, разработка совместных планов по совершенствованию экспертизы и снижению заболеваемости с ВН.

На этапе исполнения проведение экспертизы ВН децентрализовано и распределено между большим числом лечащих врачей. Только лечащим врачам предоставлено право выдачи ЛН и справок по ВН. Лечащими врачами являются врачи, непосредственно осуществляющие амбулаторный прием или лечение больных в стационаре: участковые и цеховые врачи, специалисты широкого и узкого профиля (хирурги, травматологи, невропатологи, акушеры, гинекологи и др.). Центральное место на этом этапе занимают участковые врачи, которые выдают более половины всех ЛН. В кругу обязанностей лечащих врачей экспертиза ВН относится к числу повседневных функций, многократно выполняемых в течение рабочего дня.

На этапе исполнения экспертиза ВН неразрывно связана с другими функциями врачей – диагностикой, лечением, профилактикой и реабилитацией. Экспертиза ВН решается в комплексе с ними и не может быть от них обособлена. Выработка у врачей интегрированного подхода к оценке трудоспособности в комплексе с решением лечебно-диагностических задач – важнейшее условие качественного проведения экспертизы ВН.

2-й этап экспертизы ВН включает в себя управляющие субъекты – это заведующий отделением, заместитель главного врача по МСЭ и Р, руководитель учреждения (главный врач).

Организация и усовершенствование 2-го этапа проведения экспертизы ВН располагает следующими системообразующими факторами:

1. Организация управляющей системы:

1.1. наличие всех необходимых компонентов для обеспечения эффективного управления (штаты всех должностных лиц, принимающих участие в управлении службой экспертизы и работе по снижению заболеваемости – главные врачи, заместители главных врачей по МСЭ и Р, заведующие отделениями, районные и главные специалисты и др.), подбор кадров, наличие необходимых структурных подразделений;

1.2. порядок взаимодействия должностных лиц, порядок подчинения друг другу, порядок отчетности, обмена информацией, периодичность информирования и т.д.;

1.3. наделение всех должностных лиц, участвующих в управлении функциональными обязанностями;

1.4. порядок взаимодействия должностных лиц с одной стороны и лечащими врачами и фельдшерами, с другой – с другими системами которые прямо или косвенно участвуют в решении вопросов экспертизы и заболеваемости с ВН – это службы социального обеспечения и социального страхования, органы и учреждения санитарного надзора, служба охраны труда предприятий, кафедры организации здравоохранения и основные клинические кафедры

медицинских вузов и Белорусской медицинской академии последипломного образования, отделы и управления исполкомов местных советов народных депутатов и др.;

1.5. определение факторов, которые способствуют эффективному функционированию системы управления (вопросы стимулирования труда, морального и материального поощрения, обмена передовым опытом, организация гласности необходимого информационного обеспечения, степень использования научных данных);

1.6. изучение и оценка системы управления в прошлом в сравнении с настоящим периодом и прогнозирование ее состояния на будущее.

2. Работа, проводимая с руководящими кадрами в целях обеспечения эффективности процесса управления:

2.1. овладение руководителями научного стиля управления, использование принципов разделения, специализация управленческого труда и т.п.;

2.2. система повышения квалификации руководящих кадров, ее уровень и эффективность.

3. Работа по совершенствованию процессов управления:

3.1. обеспечение руководителей необходимыми для управления достоверными показателями здоровья деятельности учреждения, оперативной директивной информацией, а также о передовом опыте, о достижениях науки и др.;

3.2. обеспечение оперативности принимаемых решений, их системности и комплексности;

3.3. обеспечение интеграции управленческих воздействий с другими системами, принимающими участие в совершенствовании экспертизы и в работе по снижению заболеваемости; наличие координационного центра, контролирующего исполнение комплексных планов и программ, разрабатываемых при участии нескольких систем;

3.4. наличие показателей, адекватно отражающих эффективность системы управления в целом, а также показатели эффективности отдельных управленческих воздействий.

4. Методы воздействия системы управления на управляемый объект с целью обеспечения эффективной реализации принимаемых решений:

4.1. обеспечение обмена опытом работы между структурными подразделениями и отдельными исполнителями объекта управления;

4.2. интенсивная передача научной информации коллективам;

4.3. научная организация труда всех медицинских работников, осуществляющих экспертизу и принимающих участие в работе по снижению заболеваемости;

4.4. рациональное распределение и специализация кадров.

Подбирая кадры, наделяя их определенными функциями, возлагая на них определенные задачи, руководитель обязан учитывать «человеческий фактор», который можно условно разделить на следующие части.

1. Знает ли наниматель, что надо делать и как это надо делать, может ли он выполнить эту задачу, то есть имеет ли он необходимые условия для выполнения этой задачи (материалы, орудия труда). Понятие «может» имеет также в виду правовой аспект – наделено ли данное должностное лицо необходимыми правами для выполнения возложенной на него задачи.

2. Хочет ли исполнитель выполнить возложенную на него задачу. Компонент «хочет» обеспечивается предварительной, разъяснительной работой, различными методами морального и материального стимулирования и т.д.

3. Успеет ли исполнитель сделать необходимую работу в установленный срок. В реализации условия «успеет» важное значение имеет своевременность доведения до исполнителя директивной информации, научная организация труда, правильное использование технического фактора, нормирование труда и др.

Заведующий отделением – заместитель главного врача по МСЭ и Р – руководитель учреждения (главный врач) представляют собой ряд звеньев этапа управления экспертизой ВН, последовательно подчиняющихся друг другу. В их функциональные обязанности, в большей или меньшей степени входят организационные вопросы, контроль, методическая работа, анализ экспертизы ВН, проведение мероприятий по снижению заболеваемости и инвалидности. В связи с



повторяемостью функциональных обязанностей у различных должностных лиц важным аспектом на этом этапе являются четкая регламентация и разграничение функций в соответствии с основным направлением деятельности каждого звена.

**Заведующий отделением** - звено, наиболее приближенное к этапу исполнения. Экспертиза ВН – важная повседневная функция заведующего отделением, который решает различные экспертные вопросы во время организационной, методической и аналитической работы, процесса консультаций больных, при контроле за деятельностью врачей отделений.

**Заместителя главного врача по МСЭ и Р** – 2-е звено на этапе управления экспертизой ВН. В отличие от 1-го звена, где экспертиза ВН неотделима от диагностики и лечения, она уже обособляется в самостоятельную функцию. Заместитель главного врача по МСЭ и Р – центральная фигура в организации экспертизы ВН в лечебно-профилактическом учреждении. В его обязанности входят все вопросы, имеющие отношение к экспертизе ВН. Ряд обязанностей заместителя главного врача по МСЭ и Р повторяют функции заведующего отделением, но при этом они не дублируют (не подменяют) их, а существенным образом дополняют в рамках контроля их исполнения.

**Руководитель учреждения (главный врач)** – 3-е звено на этапе управления экспертизой ВН. На него возложена личная ответственность за состояние экспертизы ВН в учреждении, за которую он отвечает перед вышестоящими инстанциями. Внутри учреждения часть своих функций по экспертизе ВН главный врач делегирует (передает) своему заместителю по экспертизе ВН и Р, определив круг его обязанностей и меру ответственности за порученный участок работы. В то же время существует ряд вопросов, в решении которых должен участвовать главный врач лично: выдача ЛН иногородним, обмене справок о ВН на ЛН (кроме предусмотренных случаев), разбор всех случаев нарушения положений экспертизы ВН, допускаемых врачами, решение ряда конфликтных вопросов и др.

Таким образом, этапная система экспертизы ВН представлена четырьмя звеньями: лечащий врач – заведующий отделением – заместитель главного врача по МСЭ и Р – главный врач. Однако штатное расписание далеко не всегда соответствует этой схеме. Во многих учреждениях нет должности заместителя главного врача по МСЭ и Р или нет заведующих отделениями; в сельской местности имеются учреждения, в которых работает только один врач или фельдшер. В этих случаях в структурной организации экспертизы ВН выпадает 1-2 ил даже 3 звена. Функциональные обязанности отсутствующих звеньев возлагаются на других должностных лиц и должны быть четко регламентированы. Так, при отсутствии заместителя главного врача по МСЭ и Р все обязанности возлагаются на руководителя учреждения; последний имеет право по согласованию с отделом здравоохранения возложить обязанности по экспертизе ВН на одного или нескольких врачей данного учреждения сверх их основной работы. Эта мера оправдана, если в учреждении нет заместителя главного врача по медицинской части, по поликлинике и заведующих отделениями.

При наличии указанных кадров поручать эту работу врачам, не наделенных административными правами нецелесообразно, так как делает ее малоэффективной.

Указанный системный подход к организации и управлению службой экспертизы ВН позволяет добиваться ее целенаправленного и устойчивого совершенствования, а отсутствие системности является основной причиной многочисленных и постоянно выявляемых дефектов как в оформлении и выдаче ЛН, так и в работе по уменьшению трудопотерь в народном хозяйстве в связи с заболеваниями.

### **Осуществление контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности**

#### **Общие организационные и методические принципы контроля за проведением экспертизы временной нетрудоспособности**

При организации контроля исключительно важно использовать три группы однотипных критериев (показателей) качества экспертизы ВН.

**Показатели первой группы** характеризуют качество диагностической и лечебно-профилактической работы, включая эффективность восстановительного лечения и медицинской реабилитации.

Наиболее частыми типичными недостатками в экспертизе ВН являются:

1) неполное обследование больных, в том числе без привлечения необходимых (узких) специалистов, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и др. методов исследования;

2) ошибочная диагностика (гипердиагностика) таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, хронические гастриты, хронические холециститы и другие, хронически протекающие заболевания у больных менее тяжелыми заболеваниями;

3) недооценка тяжести состояния больных и несвоевременная диагностика тяжелых заболеваний, что в ряде случаев ведет к необоснованным отказам в выдаче ЛН, запоздалому началу лечения, а в последующем – к длительным срокам временной утраты трудоспособности, а в ряде случаев и к инвалидности;

4) переоценка тяжести состояния (болевого синдрома, стадии артериальной гипертензии, степени выраженности недостаточности кровообращения и т.д.), что влечет за собой необоснованную выдачу ЛН и предоставление необоснованных ограничений в работе;

5) несвоевременное начало лечения. Недостаточное использование методов и средств восстановительной терапии и медицинской реабилитации.

Для оценки качества диагностики, определения уровня организации диагностической и лечебной работы, эффективности лечения и медицинской реабилитации осуществляется плановый контроль по линии ВКК и (или) заместителем главного врача по МСЭ и Р лечебно-профилактического учреждения не реже одного раза в квартал, выборочно по работе отдельных врачей-специалистов либо по профилям оказания медицинской помощи. При этом осуществляется анализ не менее 30-50 медицинских работ амбулаторных или стационарных больных из числа случаев временной нетрудоспособности у проверяемого врача или подразделения.

При проведении плановых проверок применяется статистический метод «случайной» выборки и оцениваются: качество проведения и эффективность лечебно-диагностических мероприятий; привлечения к лечению необходимых специалистов, проведения консилиумов, применение возможных стационарозамещающих лечебных технологий, направления на госпитализацию; интенсивность лечебно-диагностического процесса; адекватность затраченных средств на лечение пациента достигнутому результату; обоснованность выдачи ЛН. При необходимости к проведению плановых проверок могут привлекаться другие специалисты.

По результатам проведенных проверок готовится информационный материал с указанием выявленных недостатков, рекомендациями по их устранению и доводится до сведения проверяемых и руководителей лечебно-профилактических учреждений.

**Показатели второй группы** характеризуют правильность определения трудоспособности.

Особое внимание проверке этого раздела деятельности уделяют следующим вопросам:

1) обоснованности решения вопросов об установлении признаков временной нетрудоспособности и обоснованности отказов в выдаче больничных листов и других документов о временной нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. При этом имеет значение правильность и полнота обоснования в медицинской документации принятых экспертных решений, в том числе обоснование дифференциации полной и частичной временной нетрудоспособности;

2) правильности выдачи документов, удостоверяющих временную утрату трудоспособности (больничного листа и справок о временной нетрудоспособности). Особое внимание следует уделять вопросам правильности выдачи справок, связанных с алкогольным

опьянением, доказательности записей в медицинской документации о наличии признаков опьянения;

3) правильности определения оптимальных сроков временной нетрудоспособности;

4) правильности и своевременности выдачи ВКК рекомендаций по временному трудоустройству больных после перенесенных заболеваний и травм, а также для постоянного трудоустройства больных с хронически протекающими заболеваниями. Необходимо обратить внимание, насколько широко применяют в данном лечебно-профилактическом учреждении в экспертной практике временное и постоянное трудоустройство по заключению ВКК и как организован контроль за выполнением этих решений, а также на выявление случаев, когда ВКК даются рекомендации о трудоустройстве лицам с признаками инвалидности и этим больным необоснованно отказывают в направлении на ВТЭК;

5) своевременности и обоснованности направления больных на МРЭК, для определения инвалидности, независимо от сроков предшествующей временной нетрудоспособности.

Рассмотренные вопросы, касающиеся экспертизы ВН, также решаются путем углубленного анализа медицинских карт амбулаторных и стационарных больных одновременно с анализом качества диагностической и лечебной работы. При этом следует выявить процент ошибочных и недостаточно обоснованных решений по экспертизе ВН и установить их причины.

**Третья группа показателей** характеризует уровень и качество организации работы по экспертизе ВН в лечебно-профилактических учреждениях.

Особое внимание при этом уделяется следующим вопросам:

1) планам работы по экспертизе ВН (годовым, квартальным) и их выполнению;

2) выполнению должностными лицами лечебно-профилактических учреждений (лечащим врачом, заведующим отделением, заместителем главного врача по МСЭ и Р и главным врачом) своих функциональных обязанностей в предусмотренном объеме и полноте, особенно в части, касающейся контроля за работой врачей и своевременности осмотра больных заведующими отделениями. Качества ведения медицинской документации:

3) организации работы по повышению квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности (регулярность проведения конференций по этим вопросам, осуществление вводного инструктажа по экспертизе ВН, наличие в лечебно-профилактическом учреждении нормативных материалов и учетно-методических пособий по экспертизе ВН и др.);

4) организации работы по проведению анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности по форме 16-ВН; наличие учета инвалидов, проведение анализа показателей первичной инвалидности и др.;

5) организации учета и хранения бланков больничных листков и справок о ВН;

6) организации работы ВКК: лично ли лечащие врачи представляют больных, обеспечивает ли ВКК клинично-экспертную консультацию больным, качество ведения документации ВКК.

Необходимо ознакомиться с графиком работы ВКК и ее документацией, порядком приема больных, организацией выездных заседаний и др.;

7) связи ВКК с органами МРЭК. При этом следует обратить внимание на такие вопросы, как совместное обсуждение результатов их работы, эффективность работы по долечиванию (после освидетельствования на МРЭК) и др.;

8) организации работы с письмами, заявлениями, жалобами трудящихся по вопросам экспертизы ВН. Важно изучить, какие недочеты в работе лечебно-профилактических учреждений явились главной причиной жалоб трудящихся по вопросам экспертизы ВН и какие мероприятия проводятся для устранения имеющихся недостатков.

Анализ организации по экспертизе ВН осуществляется путем изучения состояния заболеваемости с временной утратой трудоспособности у лиц, работающих на прикрепленных промышленных предприятиях, изучения журналов работы ВКК, журналов учета писем и

заявлений трудящихся, материалов ранее проведенных проверок работы по экспертизе ВН данного лечебно-профилактического учреждения, протоколов врачебных конференций и др.

На основе изучения материалов проводится оценка качества работы по каждому из указанных трех разделов деятельности лечебно-профилактических учреждений по экспертизе ВН.

### **Организация контроля за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности**

Важное место в экспертизе и профилактике ВН занимает организация контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН. Объем и содержание работы по контролю многообразны. Она охватывает все этапы от момента выдачи ЛН до его оплаты, медицинскую документацию и самого больного. Логическим завершением контроля является регистрация всех выявленных дефектов и их систематический разговор.

Составным элементом контроля является систематическая информация о состоянии экспертизы ВН в учреждении. Наличие такой информации – не только метод контроля экспертизы ВН, но и основа научной организации труда.

При проведении контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН следует помнить, что срок выдачи ЛН и срок его оплаты не всегда совпадают. Это может касаться работающих инвалидов, лиц условно осужденных, лиц временно работающих, при нарушении режима предписания врачом (например, при алкогольном опьянении).

В проведении контроля за выдачей и продлением ЛН должны принимать участие различные звенья на этапе управления экспертизой ВН, в силу чего важно разграничить их обязанности по контролю с учетом специфики работы каждого и сроков пребывания на ЛН.

Как правило, в проведении контроля принимают участие 2 инстанции:

- 1) заместитель главного врача по МСЭ и Р и (или) руководитель подразделения лечебно-профилактического учреждения;
- 2) инспектор – врач фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь.

Контроль можно условно дифференцировать по срокам ВН, в зависимости от которых избираются адекватные (соответствующие) его формы и методы:

1. ВН до 6 дней;
2. ВН от 7 до 30 дней;
3. ВН длительно болеющих лиц (ДБ), в том числе часто и длительно болеющих (ЧДБ).

**Контроль за обоснованностью выдачи и продлению ЛН до 6 дней.** Это особенно ответственный этап контроля, поскольку в амбулаторной практике на эти сроки приходится от 55 до 75% всех ЛН.

Контроль осуществляют заведующий отделением и заместитель главного врача по МСЭ и Р. Основную роль при этом следует отвести заместителю главного врача по МСЭ и Р, который должен проводить контроль первичной выдачи ЛН ежедневно.

Методы контроля за обоснованностью выдачи и продления ЛН:

1. присутствие на амбулаторном приеме у врача;
2. проведение одномоментно-контрольных ВКК в составе заместителя главного врача по МСЭ и Р, заведующего отделения и лечащего врача;
3. контроль первичной медицинской документации – индивидуальная карта больного (амбулаторная карта) история болезни, журнал регистрации ЛН.

1-й и 2-й методы контроля являются наиболее действенными и точными.

При проведении контроля по медицинской документации прежде всего выявляют дефекты оформления ЛН, журнала формы № 36, индивидуальной карты больного (амбулаторной карты).

При первичной выдаче ЛН проверяют качество записей, правильность оформления диагноза, полноту обследования и лечения.

При продлении ЛН – полноту и качество проведенного обследования, адекватность (стандарт) лечения, обоснованность диагноза.

При выписке больного на работу – ее своевременность, профилактические, реабилитационные и трудовые рекомендации.

Для облегчения контроля индивидуальные карты больных, находящихся на ЛН, должны откладываться в кабинете врача, на специальном стеллаже в регистратуре или ежедневно к определенному сроку представляться в кабинет заместителя главного врача по МСЭ и Р.

При проведении контроля важно дифференцировать выводы в зависимости от его метода. Так, вывод о необоснованности экспертного решения можно сделать только при личном осмотре больного или освидетельствовании на ВКК. Если проверялась медицинская документация, можно только предположить, что решение необоснованное, и для его уточнения направить больного на консультацию к заведующему отделением или на ВКК. При работе с медицинской документацией прежде всего выявляются дефекты оформления ЛН, журнала формы № 36, индивидуальной карты амбулаторного больного.

В различных учреждениях методы, формы и интенсивность контроля широко варьируют. Прежде всего, контроль проводится целенаправленно по обоснованности выдачи и сроков пребывания на ЛН лиц с острым заболеванием. Проверяются записи, объективизирующие клиническую картину, в момент выдачи ЛН, его продления и закрытия (по критериям выздоровления и восстановления трудоспособности). Тщательной проверке подвергаются короткие сроки ЛН (1-2 дня), так как они могут быть либо необоснованными, либо недостаточными. В последнем случае в ближайшие дни возможна повторная выдача ЛН.

Если же причиной ВН стало хроническое заболевание, проверке подлежит запись, объективизирующая обострение, декомпенсацию, приступ или криз. Оценивается состояние до выдачи ЛН, в момент выдачи и его закрытия, характер лечения в момент обострения заболевания и вне обострения. При приступах или кризе учитываются первичность, повторность, тяжесть, быстрота купирования, повторяемость.

Контроль за продлением ЛН от 7 до 30 дней осуществляется заведующим отделением, который при личном осмотре больного наиболее квалифицированно решает вопросы диагностики, лечения и экспертизы трудоспособности в своей специальности. Осмотр производится совместно с лечащим врачом 1 раз в 10 дней, в амбулаторной карте об этом делается соответствующая запись. Проводится контроль качества диагностики, лечения и реабилитации. Обязательному контролю подлежат все случаи ВН, где сроки ЛН превышают оптимально-минимальные сроки ВН. При этом нужно искать необычное течение заболевания (осложнение, нетипичное течение и др.), неправильное и необоснованное продление ЛН (например, продление ЛН у больного с субъективным дискомфортом или же при трансформации острого заболевания в хроническое).

Выявленные технические ошибки в заполнении ЛН, медицинские ошибки в оформлении диагноза, режима, стандарты лечения и реабилитации, а также ошибки экспертизы ВН (изучение сроков единоличной выдачи ЛН, сроков направления на консультацию, ВКК, выдача ЛН задним числом и др.) в амбулаторную карту или историю болезни записывать не следует, поскольку это документы широкого назначения. Для этого целесообразно вести журнал по специально составленной форме, что облегчает последующий анализ дефектов. Учитывая систематический характер контроля, журнал может содержать только минимальное число рубрик, которые должны быть, дифференцированы в зависимости от метода контроля и сроков ВН.

Контроль за ЛН сроки 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН берет на себя планово-контрольная ВКК. При заболевании туберкулезом эти сроки более продолжительные и соответствуют 30, 60, 90, 120, 150 и 165 календарных дней. При повторных случаях обострений одного либо родственных заболеваний обязательное освидетельствование больных на ВКК приводится когда суммарная ВН (при двух и более случаях) за последние 12 месяцев составила 60, 90, 120, 135 календарных дней, а при туберкулезе – 60, 90, 120, 150, 180, 210 и 225 календарных дней.

Для облегчения контроля за продолжительностью ВН целесообразно в амбулаторной истории выделить лист ВН (подобно листу уточненных диагнозов), где отмечать начало, окончание, продолжительность и диагноз каждого случая, в направлении больного в стационар и в истории болезни стационара указывать предшествующую ВН за последние 12 месяцев. В случаях личного осмотра больного и освидетельствования на ВКК в историю болезни вносится соответствующая запись.

В процессе контрольного освидетельствования на ВКК наряду с определением трудоспособности решаются вопросы полноты обследований, лечения, реабилитации, необходимости консультации, стационарного или санаторно-курортного лечения и уточняется клинический и трудовой прогноз. При неблагоприятном прогнозе и наличии признаков инвалидности заполняется посыльный лист на МРЭК. При недостаточности обследования или лечения принимаются все меры, чтобы к истечению 105 дня ВН окончательно уточнить прогноз и своевременно направить больного на МРЭК. Чтобы не допускать запаздывания с направлением длительно болеющих на МРЭК, заместителю главного врача по экспертизе ВН целесообразно брать под личный контроль всех больных с ВН более 90 дней, так же, как и впоследствии больных. Которым после освидетельствования во МРЭК рекомендовано «долечивание».

Все выявленные дефекты, обнаруженные на планово-контрольной ВКК должны фиксироваться в специальном журнале.

### **Сбор и анализ информации о состоянии экспертизы временной нетрудоспособности**

Каждый случай потери трудоспособности, удостоверенный лечебным учреждением, подлежит обязательной регистрации в истории болезни и «Книге регистрации выданных листков нетрудоспособности» (уч. ф. № 36), которая содержит разнообразную информацию о ВН.

Информация о ВН необходима как лечащим врачам, так и руководителям подразделений и учреждения. Приступая к сбору и анализу информации, необходимо решить вопрос об объеме и содержании информации, уровнях информационного обеспечения, периодичности, анализа и поступления информации в разные звенья, а также адекватности информации функциональным обязанностям лица, которому она предназначена. Важно обеспечить сбор и анализ сведений о ВН без больших затрат времени и труда. Исключить дублирование одних и тех же данных разными лицами и существенно повысить использование информации. Лечащим врачам необходимо научиться правильно, оценивать информацию для совершенствования своей работы, а руководителям подразделений – для формирования управленческих решений и контроля.

### **Объем и содержание информации**

Основным вопросом, подлежащим изучению в сфере экспертизы ВН, является случай ВН и его продолжительность. Оперативную информацию о случаях ВН можно получить путем учета первично выданных ЛН, этот показатель имеет сигнальное значение и характеризует уровень ВН в данном учреждении. Продолжительность случая оценивается после его окончания по числу дней ВН.

Случай и его продолжительность подлежат анализу в различных аспектах: по нозологическим формам, врачам, отделениям, по учреждению в целом, с учетом выдачи и закрытия ЛН в различные дни недели, месяцы, кварталы. Эти вопросы нуждаются в постоянном внимании. Для правильной организации работы необходима также информация о продлении ЛН с санкцией МРЭК, о ВН больных, первично признанных инвалидами, работающих инвалидов и пенсионеров по возрасту, диспансерных больных, группы ДЧБ. Важен также анализ

краткосрочных (до 3 дней) и длительных (свыше 30 дней) ЛН. ВН после лечения в стационаре, отделениях реабилитации, санаториях-профилакториях.

Таким образом, информация о состоянии ВН в учреждении включает широкий круг вопросов. Понятно, что периодичность поступления информации должна существенно различаться в зависимости от ее содержания и уровня поступления.

### **Уровни поступления информации**

Для всех звеньев учреждения, участвующих в проведении экспертизы ВН на этапе исполнения (лечащие врачи) и управления (заведующий отделением, заместитель главного врача, главный врач), необходима информация о числе и продолжительности случаев ВН, но в различных аспектах с учетом их функциональных обязанностей. Для лечащего врача важен анализ случаев по нозологическим формам, для заведующего – сравнение ВН в разных врачах отделения. Для заместителя главного врача – анализ ВН по отделениям, для главного врача – по учреждению в целом.

### **Периодичность поступления информации**

Сведения о числе первично выданных ЛН, имеющие сигнальное значение, подлежат ежедневному учету на всех уровнях. В процессе работы эти данные суммируются за месяц, квартал, полугодие и год, в результате чего появляется возможность сравнения информации за одинаковые промежутки времени и разные годы и тем самым прогнозирования заболеваемости.

Продолжительность случая можно анализировать один раз в месяц или квартал. Периодичность анализа другой информации – один раз в год (например, ВН длительно болеющих, признанных инвалидами, с продлением ЛН) или еще реже, что определяет обслуживаемым контингентом, структурой заболеваемости с ВН, характером ошибок экспертизы трудоспособности, директивными указаниями.

### **Источники получения информации**

Основным носителем информации о ВН в лечебном учреждении служит ф. № 36. Следует отметить, что ф. № 36 не отражает всю заболеваемость с ВН, так как часть больных обслуживается и получает б/л в других учреждениях. Анализ этой формы служит целям организации экспертизы ВН в учреждении. Для облегчения анализа ф. № 36 можно предусмотреть раздельное ее ведение по врачам или специальностям, отделениям, а также маркировку разным цветом, в зависимости от того, какие вопросы будут подлежать анализу в данное время. Следует отметить, что из ф. № 36 легко извлекаются сведения о первично выданных ЛН. Анализ законченных случаев проводить сложнее, так как эти данные разбросаны по всему журналу. Отсюда оправдано введение промежуточных носителей информации – сводных таблиц, составленных по определенной программе, в которые вносятся сведения при выдаче и закрытии ЛН, значительно облегчается сбор и анализ информации при централизованной системе выдачи ЛН с введением талонов на получение листка нетрудоспособности.

Сбор и анализ информации о ВН могут осуществляться децентрализованно и централизованно. В первом случае информацию собирают и анализируют лечащие врачи, заведующие отделениями, заместитель главного врача по МСЭ и Р. преимущественно децентрализованной системы являются ее простота и доступность, а также личное участие врача в анализе информации, заставляющее его задумываться над ее содержанием и оценкой; недостатком – отвлечение врачей от лечебно-диагностической работы, участие большого числа исполнителей, возможность ошибок при подсчете, нередкое дублирование анализа.

При централизованной системе врач и другие звенья освобождаются от сбора информации и расчетов, которые поступают к ним в готовом виде из бюро централизованной выдачи ЛН или кабинета статистики. Для внедрения такой системы нужны специальные кадры и материально-техническое обеспечение, так как извлечение первичной информации представляет собой трудоемкий процесс, особенно при наличии большого числа врачей в учреждении. Недостатком системы является низкий интерес врача к анализу готовой информации.

Наконец, возможен и третий путь, при котором сбор информации проводится врачами, т.е. децентрализованно, а все промежуточные звенья (или часть их) получают информацию централизованно, на основании обработки в статистических кабинетах первичной информации, собранной врачами. Здесь же можно обобщать первичную информацию за длительный период (месяц и более). Такая система имеет меньше недостатков и сочетает преимущества обоих методов.

### **Подготовка кадров**

В настоящее время используются многообразные формы обучения врачей и повышения их квалификации в области подготовки экспертизы ВН: вводный инструктаж; самостоятельное изучение Инструкции; Положения об экспертизе ВН и других директивных документов; сдача зачета по основам экспертизы ВН; периодическое повторение основ экспертизы ВН и изучение новых материалов; работа над литературой и составлением рефератов; семинары, конференции, посвященные вопросам МСЭ или МСЭ в комплексе с другими вопросами; знакомство с новыми формами работы по экспертизе ВН на базе лучших учреждений; специализация и тематическое усовершенствования по МСЭ в Белорусской медицинской академии последиplomного образования (БелМАПО).

Перечисленные формы обучения включают как индивидуальные, так и коллективные методы повышения квалификации. Обучение врачей должно сопровождаться директированием, обязательной проверкой знаний, быть плановым и систематизированным. В значительной мере способствует обучению подбор специальной литературы, создание библиотек, проведение в учреждении дней информации и систематических реферативных обзоров. В каждом лечебно-профилактическом учреждении необходимо иметь подборку инструктивно-законодательных материалов по экспертизе ВН, которыми в обязательном порядке должны быть снабжены заместитель главного врача по МСЭ и Р и заведующие отделениями, а при возможности – все врачи.

Для организации эффективного обучения врачей вопросам экспертизы ВН на местных базах необходимо решить ряд промежуточных вопросов, во-первых, обучение на местных базах осуществляется силами врачей учреждения, главным образом руководителей подразделений. Качество обучения находится в прямой зависимости от уровня подготовки руководящего звена в сфере экспертизы ВН, от правильного определения ими задач обучения и владения принципами и навыками методической работы. Это выдвигает задачу специальной подготовки руководящего звена по экспертизе ВН. Во-вторых, в проведении методической работы участвует ряд должностных лиц и возникает необходимость дифференциации их деятельности в соответствии со спецификой основной работы.

Особое место в обучении врачей вопросам экспертизы ВН занимает заместитель главного врача по МСЭ и Р. Свою методическую работу он должен сосредоточить в направлении основ МСЭ. Тематика занятий, конференций, семинаров, организуемых заместителем по МСЭ и Р, имеет преимущественно экспертную направленность и касается проработки Инструкций, Положений, новых директивных документов, анализа ошибок экспертизы ВН, состояния заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичной инвалидности, взаимодействия с МРЭК и др.

Обучение врачей по частным вопросам МСЭ, которое является составной частью общего повышения их квалификации, - задача заведующих отделениями, заместителя главного врача по медицинским вопросам, а также главных специалистов органов здравоохранения. Совместное



изучение проблем диагностики, лечения и МСЭ при каждом заболевании способствует привитию навыков интеграции в решении этих вопросов, что является важным методическим принципом. Связь такого обучения с экспертизой ВН проявляется в выборе тематики изучения тех нозологических форм, которые вызывают высокую заболеваемость с ВН или инвалидность, а также большое число ошибок МСЭ. В выборе тематики повышения квалификации врачей по частным вопросам должен участвовать заместитель главного врача по МСЭ и Р, который намечает наиболее актуальные в аспекте МСЭ нозологические формы.

Помимо специально организуемых занятий заведующие отделениями, заместители главного врача по МСЭ и Р и медицинской части, главные специалисты должны проводить методическую работу по экспертизе ВН на врачебных конференциях на основании разбора дефектов, выявленных в процессе контроля обоснованности выдачи ЛН, консультаций больных, на ВКК, при анализе историй болезни, направлении на МРЭК и других материалов. Для таких разборов должны использоваться и материалы углубленного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Важным методом повышения квалификации врачей являются научно-практические конференции, тематика которых планируется в двух направлениях: специальные конференции, касающиеся только вопросов экспертизы (анализ заболеваемости с ВН и первичного выхода на инвалидность, пути их снижения, разбор расхождений в решениях ВКК и МРЭК) и конференции по изучению различных нозологических форм, проводимые в плане общего повышения квалификации врачей.

Наиболее рациональной формой повышения квалификации врачей в области МСЭ являются циклы специализации и тематического усовершенствования на кафедре МСЭ и Р БелМАПО. Эти циклы рассчитаны на специалистов для службы МСЭ и реабилитации (по специальностям эксперт-реабилитолог и реабилитолог) и врачей лечебной сети, при подготовке которых вопросы МСЭ и реабилитации излагаются интегрировано с проблемами специализированных служб.

Контингент слушателей кафедры МСЭ и реабилитации разнообразен: заместители главных врачей по МСЭ и Р, председатели и врачи МРЭК, заведующие отделениями реабилитации, врачи-реабилитологи лечебно-профилактических учреждений и МРЭК, заведующие специализированными отделениями (терапевтическими, неврологическими, хирургическими, ортопедо-травматологическими) и врачи этих специальностей, методисты ЛФК.

Прошедшие обучение на циклах МСЭ получают подготовку для систематического, методически правильного и качественного обучения врачей вопросам экспертизы ВН.

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В СФЕРЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ С ДРУГИМИ СИСТЕМАМИ**

В настоящее время в обществе переоценивается отношение к здоровью населения, деятельности системы здравоохранения и всех государственных и общественных институтов. В здравоохранении происходят кардинальные изменения. Идет процесс его реформирования. Основное место в системе охраны здоровья отводится первичной медико-санитарной помощи.

Права трудящихся граждан на охрану здоровья гарантированы Конституцией Республики Беларусь. Весомый вклад в борьбу за здоровье трудящихся вносят не только медики. Большая роль в устранении причин, способствующих возникновению заболеваемости, травматизма, трудовых потерь и инвалидности принадлежит органам государственной власти, всем хозяйствующим субъектам (независимо от подчиненности и форм собственности), должностным лицам и специалистам других министерств и ведомств, профсоюзным и различным общественным организациям.

### **Взаимодействия лечебного учреждения с администрацией предприятия**

Совместная работа медицинских работников и администрации предприятий по снижению заболеваемости и уровня первичной инвалидности регулируется Конституцией Республики Беларусь, Трудовым кодексом Республики Беларусь и другими актами законодательства о труде, коллективными договорами, соглашениями и иными локальными нормативными актами, заключенными и принятыми в соответствии с законодательством.

В соответствии с Трудовым кодексом Республики Беларусь с согласия администрации предприятия можно также установить дополнительные гарантии для работников по сравнению с законодательством о труде.

Одной из важнейших сторон взаимодействия медицинских учреждений с администрацией предприятия является согласование графика работы лечебного учреждения и режима работы предприятия. Это позволяет расширить объем медицинской помощи в вечернее время, субботные и предпраздничные дни, чтобы рабочие и служащие имели возможность в нерабочее время проходить медицинские исследования, получать консультации врачей-специалистов, осуществлять лечение, реабилитацию и профилактику.

Следует организовать работу ВКК как в утренние, так и в вечерние часы, а также в субботные дни и усилить контроль за своевременностью закрытия ЛН во все дни недели, включая субботу. Для наиболее полного соответствия режима предприятий графику работы лечебно-профилактического учреждения необходимо утвердить этот график администрацией и профсоюзной организацией предприятия.

## ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ

Для обеспечения безопасности труда и предупреждения профессиональных заболеваний наниматель обязан организовать проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или на работах, где есть необходимость в профессиональном отборе (статья 228 Трудового кодекса Республики Беларусь).

Во исполнение указанной статьи Министерством здравоохранения Республики Беларусь с 9 сентября 2000 г. введен в действие Порядок проведения обязательных медицинских осмотров работников (в дальнейшем Порядок), который является нормативным правовым актом, устанавливающим единый порядок проведения обязательных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 33 от 8.08.2000 г.).

Действие Порядка распространяется на нанимателей, работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или на работах, где есть необходимость в профессиональном отборе.

Предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры осуществляются с целью:

- 1) определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих поручаемой им работе, обеспечения безопасности труда и предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
- 2) выявления лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание;
- 3) распознавания общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с профессиональной вредностью может ухудшить их течение;
- 4) назначения индивидуальных лечебно-оздоровительных мероприятий лицам с выявленными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание (диспансерное

наблюдение, обследование в клинике, амбулаторное, в стационаре, оздоровление в профилактории, санатории, доме отдыха, рациональное трудоустройство и другие);

5) оценки условий труда и разработки санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профессиональное заболевание;

6) обеспечения преемственности в оказании лечебно-профилактической помощи работающим путем организации инженерно-врачебных бригад.

Оплата за проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (определение контингентов, врачебные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования) производится за счет средств предприятий, организаций, на которых работают лица, подлежащие медицинскому осмотру, согласно действующим прейскурантам цен, утвержденным в установленном законодательством порядке.

Порядок и сроки оплаты за проведение медицинских обследований определяется договором, заключенным между нанимателем и лечебным учреждением, осуществляющим медицинские осмотры.

Предварительные при поступлении на работу и периодические осмотры работников осуществляются медико-санитарными частями (включая ведомственные учреждения) и территориальными лечебно-профилактическими учреждениями.

Предварительные при поступлении на работу медосмотры работников, направляемых на работу вахтовым методом, могут быть проведены в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства с обязательной выдачей заключения на руки обследованному. За 2-4 дня до направления в вахтовый поселок или на объект работник должен быть осмотрен терапевтом цехового участка или в поликлинике по месту жительства. Контроль за прохождением этих осмотров осуществляет администрация предприятия.

Периодические медосмотры трудящихся, работающих вахтовым методом, могут быть проведены лечебно-профилактическими учреждениями по месту локализации вахт (вахтовых поселков).

Медицинские осмотры проводятся комиссией врачей, утверждаемой приказом главного врача лечебного учреждения. Приказом главного врача назначается председатель комиссии – врач-терапевт, выполняющий функции профпатолога (организация профессиональных осмотров, инструктаж, учет профессиональных больных, контроль за направлением в центр профпатологии). Члены комиссии должны быть ознакомлены с настоящим приказом и подготовлены по вопросам профпатологии. Ответственность за качество профилактических осмотров возлагается приказом на заместителя главного врача по лечебным вопросам или по поликлинической службе.

Главные врачи лечебно-профилактических учреждений обеспечивают мероприятия по проведению медицинских осмотров и несут ответственность за качество, проведение всех лабораторных и функциональных исследований.

**Предварительные осмотры** проводятся только по направлению нанимателя, с указанием производств, профессий и профессиональных вредностей согласно:

1) «Перечню вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов при работе с которыми обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры в целях предупреждения профессиональных заболеваний, врачей-специалистов, участвующих в проведении этих медицинских осмотров, и необходимых лабораторных и функциональных исследований по определенным этиологическим факторам в процессе труда, медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными, вредными и неблагоприятными производственными факторами» (далее Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов);

2) «Перечню работ, для выполнения которых обязательны предварительные при поступлении на работу и периодически медицинские осмотры, врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, необходимых лабораторных и функциональных

исследований по видам работ, медицинских противопоказаний к допуску на работы в целях предупреждения заболеваний и обеспечения безопасности труда» (далее Перечень работ);

3) «Перечню контингентов, подлежащих предварительным и периодическим осмотрам для предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний» (далее Перечень контингентов).

Врачи участвующие в осмотрах, детально знакомятся с профессиональным маршрутом, выпиской о перенесенных заболеваниях из амбулаторной карты, анамнезом, военным билетом, проводят тщательное общесоматическое обследование, изучают данные лабораторных и инструментальных методов исследований, обращая особое внимание на состояние тех органов и систем, которые являются наиболее уязвимыми (критическими) при воздействии профессиональных вредностей. Обязательно заключение врача-физиаэра о годности при приеме на работу лиц, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере.

Результаты предварительного осмотра заносятся в форму 025-у с оформлением социально-клинического заключения. На руки пациенту выдается справка с указанием сведений «годен» или «не годен» к выполнению данной работы в контакте с указанными вредностями. Не рекомендуется фиксировать в справке сведения медицинского характера, которые могут послужить поводом к необоснованному отказу в приеме на работу.

При вынесении заключений по результатам предварительного осмотра необходимо строго руководствоваться списком противопоказаний согласно Перечню вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, Перечню работ, Перечню контингентов и общими противопоказаниями согласно «Общих медицинских противопоказаний к работе, связанной с вредными и опасными веществами и неблагоприятными факторами».

Учреждения органов государственного санитарного надзора совместно с лечебно-профилактическими учреждениями и нанимателем, в соответствии с Перечнем контингентов определяют Список контингентов, подлежащих **периодическим медицинским осмотрам** (далее Список контингентов), в срок до 1 января по установленной форме.

Список контингентов оформляется врачом-гигиенистом, подписывается главным врачом территориального центра гигиены и эпидемиологии (далее ЦГиЭ) и направляется нанимателю, а также в лечебно-профилактическое учреждение, которое проводит медицинский осмотр. Врач-гигиенист должен учитывать и включать в Список контингентов лиц, занятых на работах с применением вновь внедряемых в производство химических веществ и физических факторов, осуществлять контроль за полнотой охвата, своевременность проведения осмотров, участие в них необходимых специалистов и проведением лабораторно-инструментальных исследований.

Предоставляется право специалистам центров гигиены и эпидемиологии изменять периодичность медицинских осмотров в зависимости от условий труда и параметров вредных факторов производственной среды, но не реже 1 раза в 3 года.

Лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее проведение периодическим осмотрам, на основании Списка контингентов, не позднее 1 февраля составляет график проведения медицинских осмотров, который утверждается исполнительным комитетом и доводится до нанимателей. Одновременно, согласно Списка контингентов, составленных ЦГиЭ, составляется календарный план периодических осмотров, совмещенный с перечнем лабораторных, инструментальных исследований, с указанием специалистов, участвующих в осмотре.

Календарный план проведения медицинских осмотров согласовывается с ЦГиЭ и нанимателем, утверждается главным врачом лечебно-профилактического учреждения, один экземпляр представляется в территориальный ЦГиЭ.

Наниматель на основании Списка контингентов составляет на очередной год Список лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру по предприятию, цеху, по установленной форме.

Списки лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, согласовываются с территориальными центрами гигиены и эпидемиологии, подписываются нанимателем и за 15-20 дней до начала осмотра представляются в лечебно-профилактическое учреждение.

Очередность и порядок осмотра оформляется приказом с указанием лиц, ответственных за явку работников на осмотр (начальники цехов, инженер по технике безопасности, агроном, бригадир и другие). Наниматель обеспечивает явку работников на осмотры и обследования и несет ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших медицинский осмотр.

Все данные периодического медицинского осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/У), при этом врачи, принимающие участие в осмотре, дают свое заключение о профессиональной пригодности с учетом проведенных специальных исследований. На отдельный лист амбулаторной карты заносятся данные профессионального маршрута работника с указанием предприятия, цеха, участка, профессии, стажа, вредных и неблагоприятных условий труда. При последующем прохождении периодических медицинских осмотров данные профессионального маршрута уточняются и, при необходимости, вносятся соответствующие изменения.

По данным медицинского осмотра оформляется вкладыш в амбулаторную карту.

Медицинское учреждение, проводившее медицинский осмотр, информирует по месту жительства о проведенной флюорографии и впервые выявленных заболеваниях.

Периодические медицинские осмотры заканчиваются до 1 декабря и завершаются оставление в двухмесячный срок (но не позднее 1 января) заключительного акта по периодическому медицинскому осмотру по установленной форме. Заключительный акт по периодическому медицинскому осмотру отражает мероприятия лечебно-оздоровительного и санитарно-гигиенического характера и подписывается председателем комиссии по периодическому осмотру, врачом-гигиенистом, врачами профильных специальностей, принимавших участие в осмотре.

Заключительный акт оформляется в четырех экземплярах и направляется: нанимателю, территориальному центру гигиены и эпидемиологии, цеховому (участковому) врачу, один экземпляр акта остается в лечебном учреждении, проводившем медицинский осмотр.

Мероприятия заключительного акта обсуждаются с участием нанимателя на заседаниях инженерно-врачебных бригад, одновременно канализуется работа по выполнению рекомендаций заключительного акта за предыдущий год.

На протяжении двух месяцев со дня получения нанимателем заключительного акта предлагаемые лечебно-оздоровительные мероприятия должны быть выполнены. Санитарно-гигиенические мероприятия, требующие длительного периода времени выполнения и существенных затрат, вносятся в коллективный договор.

### **Информация о состоянии заболеваемости и первичной инвалидности**

ВН и инвалидность нарушают ход производственного процесса, так как утрата трудоспособности работающих приводит к снижению производительности труда, необходимости замены заболевшего работника и в конечном итоге – экономическому ущербу.

Поэтому медицинские работники обязаны регулярно информировать администрацию предприятий о состоянии заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих. В лечебных учреждениях используется различная периодичность информации: ежегодная, еженедельная, ежеквартальная, полугодовая и годовая. Так состояние ВН может еженедельно обсуждаться на оперативных совещаниях у начальников производств, ежемесячно – на административных совещаниях предприятия, один-два раза в год – на собраниях профсоюзно-хозяйственного актива и т.д.

Опыт работы ряда лечебных учреждений свидетельствует, что информация о состоянии ВН должна представляться администрации не реже одного раза в неделю, а более глубокое обсуждение этого вопроса – проводится не реже одного раза в квартал. Только при этом условии можно своевременно влиять на заболеваемость и вовремя устранять причины, порождающие ее рост. Целесообразно также ежегодно на расширенных заседаниях,

проводимых администрацией предприятия с участием руководителей органов здравоохранения, обсуждать состояние первичной инвалидности, ход и результаты диспансерного наблюдения. При выяснении причин роста заболеваемости и инвалидности необходимо принимать меры по их устранению, выполнение которых возлагается как на руководство предприятий, так и на медицинских работников.

**Изучение технологии производства, условий труда, создание инженерно-врачебных бригад.** Медицинские работники, обслуживающие определенные предприятия, должны хорошо представлять технологию производства, специфику производственных операций и их влияние на организм работающего. Для установления более тесных контактов между врачами, администрацией производства и инженерно-техническими работниками, а также в целях предупреждения влияния на здоровье человека вредных условий труда в каждом цеху создаются инженерно-врачебные бригады. Во главе бригады стоит, как правило, инженер по технике безопасности. В ее состав входят представитель профсоюзного комитета и цеховой врач.

Инженерно-врачебная бригада руководствуется соответствующим положением. В функции этих бригад входит осуществление широкой программы мероприятий по улучшению условий труда, технике безопасности, совершенствованию технологических процессов, проведение комплексных медицинских осмотров, изучение причин заболеваемости, а также правильное трудоустройство больных. В частности часто и длительно болеющих. Работа инженерно-врачебной бригады постоянно находится в поле зрения администрации предприятия. План ее деятельности утверждается приказом руководителя предприятия, который четко определяет обязанности каждого члена бригады.

Бригадами разрабатываются планы оздоровительных мероприятий по каждому цеху в отдельности. Они служат основой для составления комплексного плана на предприятии в целом. Комплексный план является составной частью коллективного договора, ежегодно заключаемого профсоюзом с администрацией предприятия.

**Рациональное трудоустройство больных и инвалидов** является одним из важных путей профессиональной реабилитации и имеет существенное значение в снижении общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и профилактики инвалидности.

Трудоустройство больных, особенно часто и длительно болеющих, осуществляется в соответствии с рекомендациями ВКК лечебно-профилактических учреждений. Руководители предприятий, строек, организаций и учреждений совместно с профсоюзными организациями **обязаны предоставлять заболевшим рабочим, служащим и колхозникам облегченные виды и условия труда в соответствии с заключением лечебно-профилактических учреждений.**

Для правильной оценки показаний к рациональному трудоустройству лечащие врачи должны хорошо знать условия труда на предприятиях, учреждениях, совхозах и колхозах, которые находятся в сфере их медицинского обслуживания. Это достигается путем **периодического посещения врачами предприятий, постоянного их контакта в работе с администрацией производства учреждений общественными организациями.**

Наиболее прогрессивным методом работы ВКК в открытой лечебной сети по рациональному трудоустройству больных являются выезды ВКК на предприятия, в совхозы и колхозы. На выездных заседаниях ВКК совместно с администрацией производства, совхоза, членами правления колхоза, представителями профсоюзной организации или комиссией по трудоустройству, куда входят главный инженер или инженер по технике безопасности, санитарный врач, начальник отдела кадров, представитель местного комитета профсоюза, юрист, цеховой врач, заведующий здравпунктом, оперативно решаются вопросы трудоустройства в соответствии с состоянием здоровья.

В ряде случаев выездные заседания ВКК целесообразно проводить вместе с врачами-экспертами МРЭК. Это дает возможность решить вопрос о рациональном переводе больных,

особенно часто и длительно болеющих, на рекомендованную ВКК работу, выявить на данном производстве, предприятии, в колхозах рабочие места и профессии, которые могут быть использованы для трудоустройства рабочих, служащих и колхозников с ограниченной трудоспособностью.

Выездные заседания ВКК проводятся в соответствии с утвержденным графиком работы. Согласованным как с местными лечебными учреждениями. Так и с администрацией производства, стройки, колхоза, совхоза. В состав выездных ВКК, помимо председателя – заместителя главного врача по МСЭ и Р входят заведующие основными отделениями основных специальностей (терапевт, невропатолог, хирург). Нуждающихся в трудоустройстве больных представляют врачи и фельдшеры местных лечебных учреждений.

Положение о ВТЭК также предусматривает систематическое посещение врачами-экспертами предприятий с целью изучения особенностей производственного процесса. Характера и условий труда в основных и подсобных профессиях, составления профессиограмм на данном предприятии, а также списка профессий, видов труда и операций, доступных инвалидам. Кроме того, посещение предприятий, учреждений, колхозов и совхозов позволяет осуществлять динамическое наблюдение за инвалидами, определять влияние трудовой деятельности на состояние здоровья, степень компенсации нарушенных функций и правильность данной МРЭК трудовой рекомендации.

МРЭК совместно с инспектором по трудовому устройству должны изучать характер и условия труда, в которых работают инвалиды. Выявлять факторы, могущие усугублять течение патологического процесса, добиваться проведения оздоровительных мероприятий в центрах и на рабочих местах. Если больному противопоказаны условия труда, его необходимо перевести по решению ВКК лечебно-профилактических учреждений на работу в другое помещение, цех и т.д. без снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности. Однако в тех случаях, когда неблагоприятные факторы встречаются в самом характере (процессе) труда и перевод больного на другую работу связан со снижением квалификации либо он нуждается в существенном уменьшении объема производственной деятельности в своей профессии, необходимо освидетельствование во МРЭК.

В соответствии с планом и графиком работы ВКК может выделить специальные часы или дни для освидетельствования больных с целью трудоустройства, привлечь к участию в заседании комиссии представителей администрации, общественных организаций.

Определив характер трудовой рекомендации ВКК должна сообщить больному решение комиссии и выдать ему соответствующую справку (лучше переслать ее) в отдел кадров производства или комиссию по трудоустройству). Это позволяет данной комиссии и руководству предприятия быстро и четко подобрать для больного оптимальные виды и условия труда в соответствии с трудовой рекомендацией ВКК.

В открытой лечебной сети, медсанчасти, в сфере медицинского обслуживания которых имеются производства и предприятия, совершенно различные по характеру технологического процесса и с небольшим числом работающих, или участки работы, территориально расположенные на больших расстояниях (строительные объекты, объекты железнодорожного транспорта, морского и речного судоходства, совхозные и колхозные хозяйства и др.), необходимо иметь обратный талон к справке ВКК. В этом талоне администрация производства указывает дату перевода больного на рекомендуемую ВКК работу и возвращает в поликлинику, амбулаторию. Медсанчасть.

Перевод на более легкую работу дает реабилитационный эффект только в тех случаях, когда врачи назначают его своевременно, дают правильные рекомендации по трудоустройству, а на предприятиях (в организациях, колхозах) эти рекомендации своевременно и четко выполняются.

Эффективность этой работы зависит от совместной деятельности лечебно-профилактических учреждений, администрации предприятий (организаций, колхозов) и профсоюзных органов. В связи с этим врачам лечебно-профилактических учреждений совместно с профкомами

целесообразно систематически проверять, как выполняются заключения ВКК о переводах на более легкую работу, какие причины мешают выполнению этих заключений и какова их эффективность. Материалы этих проверок, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями, обслуживающими данные предприятия, совместно с профкомами, заслушиваются на заседаниях профкомов с участием представителей администрации. Опыт показывает, что подобная работа дает положительные результаты. Невнимание же к этой работе, невыполнение администрацией рекомендаций ВКК о переводе на более легкую работу ведут к повышению показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Вопросы совершенствования работы по переводам на более легкую работу по заключениям ВКК должны быть в поле зрения инженерно-врачебных бригад.

Своевременное трудоустройство, систематический контроль за выполнением оздоровительных мероприятий не только со стороны врачей, но и администрации. Общественных организаций, тесное содружество врачей и инженеров позволяют оперативно решать многие проблемы профилактики заболеваний и профессиональной реабилитации заболевших.

### **Вопросы взаимодействия ВКК и МРЭК**

К числу вопросов, нуждающихся в согласовании и выработке единого подхода, относятся порядок освидетельствования и представительных консультаций во МРЭК, учет ВН до установления инвалидности, показания к продлению лечения и реабилитации во МРЭК, анализ рекомендаций в решениях ВКК и МРЭК, анализ и профилактики первичной инвалидности, обучение лечащих врачей вопросам экспертизы инвалидности, совместные планы работы, конференции, совещания и т.д.

**Согласование порядка направления и освидетельствования во МРЭК.** В лечебном учреждении должен быть график работы МРЭК с выделением фиксированных дней для освидетельствования, в соответствии с которым необходимо осуществлять направления больных. Освидетельствование временно нетрудоспособных МРЭК должна проводить вне очереди в течение первых 3 дней. ВКК в свою очередь обязано обоснованно и своевременно направлять больных на МРЭК, особенно группу ДЧБ. Подготовку больного к направлению на МРЭК следует начинать заранее при первых признаках неблагоприятного клинического и трудового прогноза, не позднее двух месяцев от начала ВН, чтобы была возможность провести необходимое обследование, консультации, лечение и реабилитацию. Важное значение имеет личное представление больного на МРЭК лечащим врачом, заведующим отделом или заместителем главного врача по МСЭ и Р.

При проведении выездного заседания МРЭК в лечебные учреждения, на предприятия, в колхозы, совхозы к нему необходимо своевременно подготовиться, но не допускать затягивания ВН в связи с его ожиданием. Если больной не был освидетельствован на выездном заседании, надо организовать его освидетельствование на основной базе МРЭК, в показанных случаях – в стационаре, на дому.

**Предварительные консультации больных во МРЭК.** Такие консультации следует проводить только в неясных и сомнительных случаях, поскольку ВКК обязана самостоятельно решать вопрос о том, кого и когда следует направлять на МРЭК. Иначе, помимо нарушения юридических норм это снижает внимание лечебных учреждений к вопросам стойкой нетрудоспособности и вызывает увеличение нагрузки на МРЭК.

**Продление ВН** является исключительно важным разделом работы МРЭК. Поэтому ВКК должно анализировать каждый случай продления ВН на МРЭК, чтобы доказать его обоснованность. Для этого необходимо наблюдать за состоянием трудоспособности больного не только в период продления ВН, но и более продолжительное время, хотя бы год или несколько лет.



**Профилактика инвалидности.** ВКК необходимо подвергать тщательному анализу все случаи установления II и I группы инвалидности при первичном направлении на МРЭК в трудоспособном возрасте.

При этом важно оценить качество лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, эффективность диспансеризации, своевременность трудоустройства по ВКК и установить, имели ли место в анамнезе предварительная консультация или направление во МРЭК с отказом в установлении группы инвалидности.

С другой стороны ВКК обязано своевременно выявлять больных, имеющих факторы риска наступления инвалидности.

1. Неблагоприятный клинический прогноз в отношении выздоровления и (или) восстановления функции пораженных органов и систем при фактически реализованных лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятиях.

2. Дефектная или ошибочная экспертно-реабилитационная диагностика.

3. Дефектная (недостаточная) диспансерно-поликлиническая работа по устранению имеющихся факторов риска (предрасполагающих, причинных и способствующих возникновению заболевания).

4. Неадекватное или некачественное лечение, в том числе за последние 12 месяцев.

5. Нерациональное трудоустройство больного (наличие противопоказанных факторов в выполняемой работе, невыполнение или некачественное выполнение трудовых рекомендаций ВКК или МРЭК).

6. Негативное отношение больного не проведение реабилитационных мероприятий, в том числе отрицательная установка на труд.

7. Продолжительное (более 3 лет) пребывание в группе часто болеющих, длительно болеющих и длительно и часто болеющих.

**Организация совместных научно-практических конференций, совещаний, семинаров, заседаний.** Данные мероприятия должны планироваться и проводится не реже одного раза в год. К ним следует тщательно готовиться для того, чтобы можно было разобрать сложные случаи экспертизы, проанализировать расхождения в решениях ВКК и МРЭК, обсудить недостатки работы МРЭК, необоснованные отказы в определении группы инвалидности и др.

Взаимодействию ВКК и МРЭК способствует организация совместных заседаний с участием председателей обеих комиссий, представителей вышестоящего руководства и заинтересованных сторон, а также врачей лечебно-профилактических учреждений обслуживающего района. На этих заседаниях заслушиваются отчеты председателей ВКК и МРЭК, проводится анализ обоснованности и своевременности направления на МРЭК, расхождений в решениях ВКК и МРЭК, качества оформления экспертной документации и т.д.

#### **Обязанности должностных лиц, занимающихся экспертизой временной нетрудоспособности**

Обязанности каждого должностного лица, а также организация работы и функции ВКК предусмотрены в «Положении об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях» (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 25.01.1993 г. «О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь»).

#### **Обязанности лечащего врача**

Лечащий врач – ведущий специалист в работе по экспертизе временной нетрудоспособности. От его клинико-экспертной квалификации и организации работы во многом зависит качество и эффективность экспертизы временной нетрудоспособности в

лечебно-профилактическом учреждении. Для осуществления этой работы лечащему врачу предоставлены широкие права и на него возложены ответственные обязанности.

Именно лечащий врач при первой встрече с больным решает вопрос о его трудоспособности как на момент обследования, так и на последующий период. Сопоставляя данные о течении, выраженности клинических проявлений заболевания и функциональных нарушений с характером выполняемой работы и особенностями труда, лечащий врач наряду с назначением необходимых лабораторных и инструментальных исследований, соответствующего лечения и режима решает вопрос о необходимости освобождения больного от работы.

Лечащий врач обязан:

1. на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования больного, исходя из степени выраженности функциональных нарушений. Характера и течения патологического процесса, выполняемой работы, условий труда и руководствуясь Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности **решать вопрос о временной нетрудоспособности**

- в случаях заболеваний и травм;
- необходимости ухода за – ребенком в возрасте до 3-х лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего его уход за ребенком;

- получения отпуска по беременности и родам.

2. **выдавать листки нетрудоспособности** (справки о временной нетрудоспособности), в том числе при визитах на дому в пределах 6 дней одновременно или по частям. Продление листка нетрудоспособности (справок) сверх этого срока проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии – с заместителем главного врача по МСЭ и реабилитации, по медицинским вопросам, по амбулаторно-поликлинической помощи, либо с главным врачом;

3. **устанавливать** дату явки на прием к врачу;

4. **представлять больного** в любой срок временной нетрудоспособности на консультацию заведующему отделением или заместителю главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности на ВКК в неясных и конфликтных случаях экспертизы временной нетрудоспособности;

5. **представлять** совместно с заведующим отделением длительно **болеющих на ВКК** через одни, два и три с половиной месяца от начала временной нетрудоспособности и больных, имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности независимо от продолжительности болезни, **для решения вопроса о направлении их на освидетельствование в медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК);**

6. **направлять** совместно с заведующим отделением **больных на МРЭК** после проведения всего комплекса диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходимости такого направления в любой период от начала временной нетрудоспособности, но не позднее установленного срока, заполнять направление на МРЭК; полностью освещая все его разделы;

7. **в стационаре оценивать состояние трудоспособности** больного на момент госпитализации и изучать временную нетрудоспособность за последние 12 месяцев по данному или родственным заболеваниям, **выдавать** совместно с заведующим отделением **листок нетрудоспособности** (справку), совместно с заведующим отделением **закрывать листок нетрудоспособности** после окончания лечения в стационаре, если трудоспособность больного восстановилась, или продлевать его с учетом состояния здоровья и времени, необходимого для явок в лечебное учреждение или вызова на дом, но не более чем до 10 дней; матери, осуществляющей уход за ребенком в стационаре, а также отцу или другому лицу при госпитализации матери, осуществляющей уход за ребенком до 3-х лет;

8. **фиксировать** в дневниках медицинской карты амбулаторного больного объективные данные, послужившие основанием для выдачи листка нетрудоспособности (справки), назначенные

диагностические, лечебные и оздоровительные мероприятия, рекомендуемый режим, номер листка нетрудоспособности (справки), отметки о его продлении или закрытии; в листке учета временной нетрудоспособности медицинской карты отмечать дату выдачи листка нетрудоспособности, первичный диагноз, а при закрытии – окончательный диагноз и срок временной нетрудоспособности;

9. **организовать контроль** за соблюдением больным предписанного режима не позднее первых 3-х дней с момента освобождения от работы (с привлечением участковой сестры, страхделегатов);

делать отметки в листке нетрудоспособности при нарушении больным режима, предписанного врачом;

10. своевременно **выявлять больных**, нуждающихся в проведении реабилитации, и направлять их на ВКК;

11. **организовывать проведение** больному рекомендуемых медицинских реабилитационных мероприятий;

12. **давать рекомендации** о нуждаемости в санаторно-курортном лечении в санатории-профилактории и диетическом питании;

13. **проводить ежедневный учет** количества выдаваемых листков нетрудоспособности и анализировать сроки временной нетрудоспособности при основных заболеваниях, а также структуру (причины) временной нетрудоспособности на своем участке;

14. **анализировать** первичный выход на инвалидность и причины наступления стойкой утраты трудоспособности у больных своего участка;

15. **проводить шифровку** законченных листков нетрудоспособности;

16. **анализировать заболеваемость** с временной утратой нетрудоспособности и инвалидность в прикрепленных предприятиях и совместно с хозяйственными и профсоюзными органами принимать участие в разработке мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности на предприятиях.

### **Обязанности заведующего отделением**

Заведующий отделением обязан:

1) осуществлять организационно-методическое руководство и контроль за работой лечащих врачей по экспертизе трудоспособности, реабилитации, профилактики заболеваемости и инвалидности, разрабатывать мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности;

2) осуществлять консультации больных в сложных в отношении определения трудоспособности случаях в первые дни заболевания;

3) проводить ежедневный контроль за обоснованностью выдачи листков нетрудоспособности (справок) в первые 6 дней от начала временной нетрудоспособности, соблюдением правил их оформления и выдачи;

4) проводить совместно с лечащим врачом после личного осмотра больного продление временной нетрудоспособности свыше 6 дней от начала временной нетрудоспособности на любой срок, но не более 10 дней, решая вопрос обоснованности диагноза, лечения, необходимости реабилитационных мероприятий, обоснованности временной нетрудоспособности; вносить консультативное заключение в медицинскую карту амбулаторного больного; при длительной временной нетрудоспособности проводить регулярные осмотры в зависимости от тяжести заболевания, но не реже одного раза в 10 дней;

5) выдавать совместно с лечащим врачом листки нетрудоспособности (справки) больным, находящимся в стационаре в пределах установленных сроков, матери по уходу за больным ребенком в стационаре, отцу или другому члену семьи, при госпитализации матери, осуществляющей уход за ребенком до 3-х лет в установленном порядке; учитывать у госпитализированных больных временную нетрудоспособность до стационара, контролировать обоснованность госпитализации, длительность временной нетрудоспособности в стационаре,

своевременность выписки из стационара; состояние трудоспособности выписанных больных, необходимость и сроки продления временной нетрудоспособности после стационара;

6) своевременно выявлять и направлять на ВКК больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, организовывать и контролировать ее проведение;

7) при длительной временной нетрудоспособности совместно с лечащим врачом направлять амбулаторных и стационарных больных на ВКК через 30, 60, 90 и 105 дней от начала временной нетрудоспособности, а также осуществлять направление на МРЭК, в т.ч. из стационара не позднее установленных сроков;

8) своевременно выявлять признаки инвалидности и направлять амбулаторных и стационарных больных на ВКК с целью последующего направления на МРЭК сразу после выявления признаков инвалидности;

9) проводить анализ качества работы врачей отделения по экспертизе трудоспособности с определением количества случаев и дней временной нетрудоспособности, средней длительности случая при различных заболеваниях (травмах - сравнивая полученные результаты у разных врачей);

10) проводить экспертную оценку качества лечебно-диагностического процесса МСЭ и реабилитации у всех больных, первично признанных инвалидами, а также у длительно болеющих, направленных на МРЭК для продления лечения;

11) проводить систематический контроль и разбор наиболее часто встречающихся ошибок в выдаче, продлении и оформлении листков нетрудоспособности (справок), сроков временной нетрудоспособности, своевременности направления на МРЭК, обоснованности продления временной нетрудоспособности с санкции МРЭК;

12) в МЧС организовывать проведение анализа заболеваемости по ф. 16-ВН и анализа инвалидности у разных цеховых врачей и разрабатывать мероприятия по их снижению;

13) совместно с лечащим врачом решать вопросы о необходимости санаторно-курортного лечения и выдачи санаторно-курортной карты;

14) проводить мероприятия по повышению квалификации врачей отделения по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и реабилитации;

15) в лечебных учреждениях, не имеющих отделений по специальности, функции заведующего отделением по решению вопросов экспертизы трудоспособности возлагаются на заместителя главного врача по МСЭ и реабилитации (заместителя по поликлинике или медицинским вопросам, а при их отсутствии – на главного врача).

#### **Обязанности заместителя главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации**

Заместитель главного врача по МСЭ и Р является главной фигурой в организации экспертизы ВН в лечебно-профилактическом учреждении. Он осуществляет всю организацию работы по МСЭ и медицинской реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях, проводит все мероприятия, необходимые для ориентации медицинской помощи на сокращение трудопотерь, правильную постановку экспертизы трудоспособности и организацию медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах.

Заместитель главного врача по МСЭ и Р обязан:

1) организовать выдачу листков нетрудоспособности (справок) во всех медицинских подразделениях в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о ВН;

2) консультировать сложных в отношении определения трудоспособности больных, решать все вопросы экспертизы трудоспособности с лечащими врачами, не имеющими заведующих отделений;

3) контролировать обоснованность выдачи, продления, закрытия листков нетрудоспособности, сроков временной нетрудоспособности, используя разные формы контроля,

в том числе учет ежедневных листков нетрудоспособности по врачам и отделениям, регулярный просмотр медицинских дел амбулаторных и стационарных больных, личный осмотр больного, плано-контрольные ВКК в установленные сроки, одномоментно – контрольные ВКК: проверка выполнения режима на дому;

4) контролировать в стационаре обоснованность госпитализации с учетом состояния трудоспособности, своевременность госпитализации, активность сроков временной нетрудоспособности до госпитализации и за период стационарного лечения, своевременность направления длительно болеющих на ВКК стационара, и отделение реабилитации и на МРЭК, своевременность выписки больных из стационара, вынесения экспертной рекомендации выписанным больным;

5) организовать работу ВКК в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах, являясь ее председателем, составлять график ее работы, обеспечивающий участие лечащего врача в представлении больного на ВКК;

6) обеспечивать своевременное направление длительно болеющих в поликлинике и стационаре на ВКК и МРЭК в установленные сроки;

7) организовать и курировать работу отделения реабилитации и своевременное выявление больных и инвалидов, нуждающихся в ее проведении, контролировать в процессе реабилитации сроки временной нетрудоспособности и их обоснованность, частоту и тяжесть инвалидности, эффективность реабилитационных мероприятий;

8) организовывать сбор оперативной информации о временной нетрудоспособности и ее анализа в амбулаторно-поликлиническом учреждении по врачам, специальностям, учреждению в целом;

9) обеспечивать проведение углубленного анализа временной нетрудоспособности в амбулаторных учреждениях и стационаре с расчетом сроков временной нетрудоспособности у отдельных врачей, по специальностям, при разных нозологических формах; определять должные значения показателей и их отклонения, намечать меры по устранению отклонений;

10) организовывать работу врачей и заведующих отделениями по изучению причин инвалидности у разных специалистов, проводить совместно с заведующими отделениями экспертную оценку медицинских дел всех солидных, первично признанных инвалидами и направленных на МРЭК для продления лечения;

11) организовывать работу врачей по изучению причин заболеваемости и инвалидности по предприятиям, совхозам, колхозам и совместно с руководителями указанных предприятий, профсоюзными организациями, санитарно-эпидемиологическими станциями, намечать меры по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности;

12) обеспечивать постоянный контакт с МРЭК, участвовать в заседаниях по освидетельствованию больных в прикрепленной МРЭК в соответствии с графиком (не реже 3 раз в месяц) и выработке индивидуальной программы реабилитации инвалида;

13) организовывать врачебные конференции (не реже 1 раза в квартал), в том числе совместно с МРЭК не реже 2 раз в год) по вопросам состояния заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичной инвалидности, с разбором ошибок и дефектов в вопросах МСЭ и реабилитации, расхождений в решениях ВКК и МРЭК;

14) организовывать мероприятия по обучению врачей амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров вопросам экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации, планировать повышение квалификации заведующих отделениями по вопросам экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации, обеспечивать своевременное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учреждения действующих положений, инструкций, приказов, распоряжений по вопросам экспертизы трудоспособности, выдачи листков нетрудоспособности (справок), реабилитации;

15) инструктировать всех вновь поступивших на работу в лечебно-профилактическое учреждение врачей по вопросам экспертизы трудоспособности и реабилитации и лично контролировать их деятельность;

16) рассматривать жалобы трудящихся по вопросам экспертизы трудоспособности и принимать необходимые меры для их устранения.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ФУНКЦИИ ВРАЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ КОМИССИИ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЭКСПЕРТИЗЫ (ВКК)

**ВКК – основной орган, коллективно решающий вопросы экспертизы ВН в лечебно-профилактическом учреждении.**

ВКК организуется в лечебно-профилактических учреждениях (больницах, поликлиниках, диспансерах, женских консультациях, клиниках научно-исследовательских институтов и др.) в составе председателя (заместитель главного врача по МСЭ и Р, а при его отсутствии заместитель главного врача по поликлинике, по медицинской части или главный врач), и членов – заведующего соответствующим отделением и лечащего врача. При необходимости на заседания ВКК могут привлекаться соответствующие специалисты данного или других лечебных учреждений, сотрудники кафедр Белорусского государственного медицинского университета, медицинских институтов, и БелМАПО.

На ВКК больные направляются лечащим врачом, заведующим отделением или доверенным врачом профсоюзной организации.

График работы ВКК составляется с учетом обеспечения максимальной возможности представления больных лечащим врачом и заведующим отделением.

Основными функциями ВКК являются:

1. Консультация больных в сложных и конфликтных случаях экспертизы трудоспособности. ВКК принимает решение только после осмотра больного, изучения медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, данных обследования, условий и характера труда, профессии. ВКК высказывает мнение об обоснованности прогноза, лечения, своевременности использования реабилитационных средств и о возможности восстановления здоровья и работоспособности. При необходимости ВКК направляет больных на дообследование в диагностические центры, на консультацию и лечение в специализированные учреждения или в реабилитационные отделения.

2. Контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности в ранние сроки (одномоментно – контрольные ВКК, выборочное освидетельствование и др.).

3. Обязательные плановые освидетельствования длительно болеющих в сроки 30, 60, 90 и 105 дней от начала временной нетрудоспособности с целью контроля обоснованности диагноза, лечения, своевременного использования реабилитационных средств, тактики ведения больного, сроков временной нетрудоспособности, определения трудового прогноза, показаний к проведению дальнейшей реабилитации или направлению на МРЭК.

4. Своевременное выявление лиц, нуждающихся в реабилитации и направлении больных и инвалидов для проведения реабилитационных мероприятий.

5. Формирование программы оздоровления и реабилитации с учетом оптимизации условий труда больных, не являющихся инвалидами:

5.1. лицам с частичной временной нетрудоспособностью;

5.2. лицам с незначительной стойкой нетрудоспособностью, не нуждающимся в направлении на МРЭК;

5.3. длительно и часто болеющим;

5.4. в других необходимых случаях (беременным женщинам и кормящим матерям при отстранении их от работы органами санэпиднадзора и др.).

6. Выдача и продление листка нетрудоспособности в специальных случаях:

6.1. для специального лечения в другом городе;

6.2. обмен в установленном порядке справок и заключений о временной нетрудоспособности на листок нетрудоспособности после предварительного рассмотрения каждого случая и выявления оснований для обмена.

7. Направление на освидетельствование в медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) в следующих случаях:

7.1. длительно болеющих – независимо от клинического и трудового прогноза – не позднее 120 календарных дней со дня наступления непрерывной нетрудоспособности или не позднее 150 календарных дней нетрудоспособности в общей сложности за последние 12 месяцев по поводу родственных заболеваний, а при туберкулезе не позднее 180 календарных дней непрерывной нетрудоспособности или не позднее 240 календарных дней в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторном заболевании туберкулезом;

7.2. работающих лиц с признаками инвалидности (неблагоприятный клинический и трудовой прогноз) – либо сроки от начала временной нетрудоспособности (после выяснения прогноза);

7.3. больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности;

7.4. инвалидов для очередного переосвидетельствования;

7.5. больных и инвалидов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в (процентах) вследствие увечья или иного повреждения здоровья, связанного с работой;

7.6. инвалидов для определения медицинских показаний для обеспечения спецавтомотранспортом;

7.7. лиц, потерявших профессиональную трудоспособность из-за трудовых увечий и профессиональных заболеваний при необходимости возмещения ущерба;

7.8. для изменения причины инвалидности при наличии соответствующих документов.

8. Трудоустройство по заключению ВКК.

При рациональном трудоустройстве больным с ограниченной трудоспособностью, вызванной заболеванием или травмой, но не ставших инвалидами, следует понимать комплекс мероприятий, направленных на организацию труда, который бы соответствовал функциональным возможностям больного и способствовал развитию компенсаторно-приспособительных механизмов организма.

Для рационального трудоустройства больных направляют на ВКК лечащий врач и заведующий соответствующим отделением, под наблюдением которых больной, как правило, находится длительное время. В каждом конкретном случае важно установить соответствие производственной деятельности больного его состоянию здоровья.

По заключению ВКК возможны следующие формы переводов на более легкую работу:

1. Предоставление ограничений на своем рабочем месте с целью исключения противопоказаний для данного больного производственных факторов, условий труда или определенных функциональных обязанностей;

2. Перевод на более легкую работу с облегченными условиями труда или с исключением противопоказанных производственных факторов;

3. Перемещение на другое рабочее место на том же предприятии, в организации, учреждении;

4. Временное отстранение от работы бактерионосителей, которые в связи с особенностями выполняемой работы могут быть источником распространения инфекционных болезней.

1. Предоставление ограничений на своем рабочем месте с целью исключения противопоказанных для данного больного производственных факторов, условий труда или определенных функциональных обязанностей.

Подобная форма перевода на более легкую работу может осуществляться как временно, так и постоянно.

Естественно, что те ограничения, которые предоставляют больному или перенесшему травму, при постоянном переводе на более легкую работу не должны приводить к осуществленному изменению характера его работы, резкому изменению основных обязанностей, т.е. не должны включать признаков инвалидности.

К преимуществам этой формы перевода на более легкую работу относится сохранение динамического трудового стереотипа у переводимого больного, так как он остается на своем рабочем месте, в привычной обстановке; для администрации также легче выполнить подобные рекомендации о переводе на более легкую работу.

**В заключении ВКК об ограничениях** на своей работе необходимо отразить:

- а) какие производственные факторы следует исключить для данного больного;**
- б) примерный срок перевода.**

**Медицинскими показаниями** к подобным переводам на более легкую работу служат перенесенные острые сосудистые заболевания, операции, различные соматические заболевания, требующие соблюдения режима питания, исключения значительного эмоционального напряжения для нормализации нервно-психических процессов у больного и т.д. Это может быть обеспечено путем исключения на работе у больного второстепенных или эпизодических обязанностей.

Наиболее часто подобная форма перевода на работе проводится для группы диспансерных больных в соответствии с примерными схемами динамического наблюдения.

Эта форма временного трудоустройства может быть использована и при малой выраженности патологии и первого дня утраты трудоспособности у больного вместо полного освобождения его от работы. Вместо больничного листка (справки) ему выдаются заключение ВКК о временном предоставлении ограничений на своей работе.

В зависимости от характера заболевания и особенностей его течения, тяжести функциональных нарушений и компенсаторных возможностей организма ВКК может рекомендовать следующие облегченные виды и условия труда.

**Освобождение больных от подъема значительных тяжестей.** Такую рекомендацию можно давать лицам, перенесшим острый вирусный гепатит, инфаркт миокарда, различные виды оперативных вмешательств или травмы, больным, страдающим начальными стадиями хронических заболеваний, у которых значительная физическая нагрузка может быть провоцирующим фактором рецидива или обострения патологического процесса.

**Освобождение от ночных смен и дежурств.** Такую рекомендацию можно давать больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, артериальной гипертензией, сосудистыми заболеваниями головного мозга, лицам с последствиями черепно-мозговой травмы с вегетативно-сосудистыми расстройствами, астенизацией психики и других лиц, работа которых связана с нарушением нормального режима и продолжительности сна.

**Освобождение от длительных командировок и частых разъездов,** не входящих в прямые обязанности больного. В этом нуждаются многие больные, особенно страдающие заболеваниями органов пищеварения, так как сохранение нормального пищевого режима, ритма и характера питания – обязательное условие комплексной терапии данного контингента больных.

**Освобождение от дополнительных нагрузок, работы в неурочное время или по совместительству,** сдельной работы, перевода из одного цеха в другой с сохранением той же профессии, исключающей вредные для больного производственные факторы (токсические вещества, пыль, сквозняки, шум и др.).

**В сельской местности** при наличии показаний ВКК может рекомендовать больным выполнение легких видов труда в нежаркие часы дня, исключающие влияние на организм больного высокой температуры внешней среды и солнечных лучей.

2. Перевод на более легкую работу с облегченными условиями труда или исключением противопоказанных производственных факторов, т.е. на работу, соответствующую состоянию здоровья трудящегося.



Облегченные условия труда, создаваемые по заключению ВКК, должны **квалифицироваться как незначительные**, так как они не влекут за собой существенных изменений в профессиональной деятельности больного и не связаны со снижением квалификации и, как правило, снижением зарплаты.

В этих случаях больных необходимо переводить на другую работу в связи с тем, что без перевода не удастся исключить противопоказанные для них производственные факторы или условия труда, в том числе:

- неблагоприятные метеорологические факторы (высокая или низкая температура воздуха, высокая влажность и т.д.) на рабочем месте;
- неблагоприятное воздействие воздушной среды на рабочем месте (высокое содержание пыли, токсических веществ и т.д.);
- неблагоприятное воздействие отдельных физических факторов (шум, общая и локальная вибрация, инфракрасное излучение и т.д.);
- значительное физическое напряжение в выполняемой работе (подъем и перемещение значительных тяжестей и т.д.);
- работа на высоте, у движущихся механизмов;
- работы, требующие вождения транспорта;
- работы, требующие значительного эмоционально-нервного напряжения (операторы диспетчерских систем и т.д.). Этот перечень не является исчерпывающим.

Давая рекомендацию о постоянном переходе на более легкую работу, врачи должны следить, за тем, чтобы ограничения, которые предоставляются больному, не привели к потере его профессии или значительному уменьшению объема выполняемой работы, т.е., чтобы рекомендации о переводе на более легкую работу по ВКК не включали критериев инвалидности III группы, предусмотренных Инструкцией по определению групп инвалидности.

Для примерного перевода на более легкую работу допускается примерная потеря профессии или значительное уменьшение объема выполняемой работы.

В заключении о трудоустройстве при переводе на другую работу необходимо отразить:

- а) с какой работы перевести данного больного;
- б) какие работы или условия труда следует рекомендовать ему;
- в) примерный срок перевода.

Временный перевод на более легкую работу может заменить полную временную утрату трудоспособности, т.е. выдачу больничного листка (справки), когда при малой выраженности патологии больному выдаются заключение ВКК о временном переводе на более легкую работу сроком на 2 недели.

Облегченные условия труда по заключению ВКК могут быть созданы и на более длительные сроки (месяц, полгода, год и более, иногда постоянно) в зависимости от характера течения заболевания и формирования компенсаторно-приспособительных механизмов организма. Например. Медицинская сестра стационара, страдающая артериальной гипертензией I-II степени с склонностью к редким нетяжелым гипертоническим кризам, по заключению ВКК переводится в поликлинику на амбулаторный прием, проводимый узким специалистом без указания срока (постоянно). Аналогичное решение следует вынести в отношении электромонтера, страдающего бронхиальной астмой, при переводе его из цеха, где он работал в контакте с бронхо- и пульмонотропными веществами, на ту же самую работу в благоприятные санитарно-гигиенические условия, плотника с бронхоэктатической болезнью с периодическими обострениями и дыхательной недостаточностью I-II степени на работу бригадира и т.д.

3. Перемещение на другое рабочее место на том же предприятии, в организации, учреждении. В отличие от перевода на другую работу, которое нельзя осуществить без согласия работника, перемещение работника возможно и без его согласия.

Естественно, что у лица, перемещаемого на другую работу, должны отсутствовать медицинские противопоказания к ее выполнению.

**Перемещение на другую работу.** Как правило, осуществляется в связи с производственной необходимостью. Однако возможны и медицинские основания для перемещения рабочего или служащего на другое рабочее место. Например, необходимость оздоровления психологического микроклимата в малых производственных группах, когда вследствие психологической несовместимости отдельных членов микроколлектива возникают частые конфликты, неблагоприятно отражающиеся на состоянии здоровья большинства членов микроколлектива и, следовательно, на эффективности работы. Перемещение одного или нескольких работников на другие рабочие места позволяет оздоровить обстановку.

Перемещение на другое рабочее место проводят иногда для приближения к месту жительства рабочего или служащего, если отдельные функциональные подразделения предприятий находятся в разных местах населенного пункта (чаще крупного города); для изменения графика работы (часы начала и окончания работы), когда перемещение из одного функционального подразделения в другое позволяет изменить график работы данного лица.

4. Временное отстранение от работы бактерионосителей, которые в связи с особенностями выполняемой работы могут быть источником распространения инфекционных болезней. Как правило, этих больных временно переводят на другую работу, а при невозможности перевода освобождают от выполняемой.

Временное отстранение от работы бактерионосителей инфекционных болезней и назначение карантина проводят по предписаниям главных санитарных врачей и их заместителей, а трудоустройство – по заключениям ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Давая больному подобное заключение, врачи на заседании ВКК должны выяснить согласие больного на перевод на другую работу в облегченные условия. О согласии больного на перевод на более легкую работу делают соответствующие записи в медицинской карте амбулаторного больного во время заседания ВКК.

В тех случаях, когда после перенесенных заболеваний и травм больные нуждаются во временном или постоянном переводе на более легкую работу по заключению ВКК, поскольку выполняемая больными работа включает противопоказанные факторы, а согласия на перевод на другую работу больные не дают, ВКК, несмотря на это, выносит заключение о необходимости подобного перевода. При этом в медицинской карте амбулаторного больного регистрируются вынесенное решение ВКК и отказ больного от перевода на такую работу, а заключение ВКК медицинские работники передают администрации предприятия.

Больные, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными или опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта, и перенесшие тяжелые соматические заболевания и травмы, даже и при благоприятном трудовом прогнозе, как правило, после стационарного лечения и при наличии медицинских показаний не могут быть временно допущены на работы на высоте, в подземных условиях, с воздействием химических веществ, к вождению транспортных средств и т.д.

9. Выдача заключений ВКК по различным вопросам:

9.1. о необходимости предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших и средних учебных заведений, ПТУ;

9.2. об освобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев;

9.3. о наличии права на предоставление дополнительной или отдельной жилплощади;

9.4. других заключений по вопросам органов исполнительной власти, общественных организаций и др.

Данные освидетельствования больного и решение ВКК записываются в первичных медицинских документах, а также в книге записей заключений ВКК (уч. ф. 035/у) и подписываются председателем и членами ВКК, в необходимых случаях заключение ВКК оформляется на соответствующей справке-заключении.

## ОБЯЗАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ (ГЛАВНОГО ВРАЧА, ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА)

Руководитель учреждения несет полную ответственность за состояние всей работы по экспертизе ВН и медицинской реабилитации в учреждении.

Руководитель учреждения (главный врач) обязан:

- 1) организовать работу по комплексному решению вопросов лечебно-профилактического процесса, экспертизе трудоспособности и медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах с ориентацией медицинской помощи на сокращение трудопотерь по временной нетрудоспособности;
- 2) издавать приказы и отдавать распоряжения по вопросам организации экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации больных и инвалидов;
- 3) устанавливать место оформления и порядок выдачи листков нетрудоспособности (справок) и порядок проведения медицинской реабилитации в учреждениях;
- 4) назначать лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расхождение бланков листков нетрудоспособности (справок), определять потребность в бланках листков нетрудоспособности (справок) и представлять заявку на них в вышестоящий орган здравоохранения, а также отчитываться об их использовании; о всех случаях хищения листков нетрудоспособности сообщать в вышестоящий орган здравоохранения;
- 5) устанавливать порядок и время работы ВКК применительно к часам работы врачей; если ВКК не может разрешить сложные и конфликтные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности, главный врач создает специальную комиссию для повторного рассмотрения этих вопросов;
- 6) совместно с лечащим врачом выдавать и продлевать (закрывать) листки нетрудоспособности (справки) больных, у которых временная нетрудоспособность наступила вне места их постоянного жительства или работы;
- 7) организовывать сбор информации о временной нетрудоспособности и инвалидности, рассматривать результаты анализа причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью и инвалидности и разрабатывает совместно с администрацией предприятий, учреждений, общественными организациями лечебно-оздоровительные мероприятия по снижению трудопотерь;
- 8) рассматривать жалобы трудящихся на действия врачей в част выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок);
- 9) осуществлять контроль за выполнением функций по экспертизе трудоспособности должностными лицами своего учреждения, обеспечивая преемственность их работы;
- 10) применять меры дисциплинарного воздействия к лицам, допустившим нарушение правил хранения, учета, выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок), а в установленных законом случаях ставить вопрос о привлечении виновных к уголовной ответственности или решать вопрос о материальной ответственности работников, причинившим ущерб незаконной выдаче документов о временной нетрудоспособности;
- 11) руководитель учреждения, в котором нет должности заместителя главного врача по МСЭ и Р, решает все вопросы экспертизы трудоспособности, предусмотренные Положением, или возлагает их выполнение на заместителей главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи, по медицинским вопросам, конкретно регламентируя их обязанности.

## ОБЯЗАННОСТИ ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА МИНИСТЕРСТВА (ОТДЕЛА) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Главный специалист Министерства (управления), города, района по своей специальности (терапевт, хирург, невропатолог, педиатр, акушер-гинеколог, психиатр и др.) обязан:

1) обеспечивать оказание качественной специализированной медицинской помощи, проведение экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации больных в своей специальности, ориентировать организацию специализированной помощи на сокращение трудопотерь, разрабатывать современные технологии оказания специализированной помощи с целью достижения оптимальных результатов в минимальные сроки;

2) осуществлять мероприятия по улучшению качества экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации больных в своей специальности;

3) проводить консультации больных с затяжным течением заболеваний, часто и длительно болеющих, у которых имеется длительная временная нетрудоспособность и потенциальная угроза инвалидности, отбирать среди них лиц, нуждающихся в проведении реабилитации;

4) проводить углубленный анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью по своей специальности, определять должные значения показателей и выявлять их отклонения, изучать причины временной нетрудоспособности и разрабатывать мероприятия по их снижению;

5) проводить анализ первичной инвалидности, изучать причины, способствующие инвалидизации, и разрабатывать мероприятия по профилактике и снижению тяжести инвалидности;

6) проводить мероприятия по систематическому обучению врачей вопросам экспертизы трудоспособности и медицинской реабилитации, планировать повышение квалификации заведующих отделениями в БелМАПО по экспертизе трудоспособности и медицинской реабилитации.

ЛЕКЦИЯ № 7

#### **Порядок выдачи больничных листков беременным женщинам и кормящим матерям.**

#### **Порядок выдачи больничных листков и справок по уходу за больным членом семьи и по карантину.**

#### **Отпуска при беременности, родах и аборте**

*Общие правила выдачи ЛН при беременности и родах.* В соответствии с Трудовым Кодексом Республики Беларусь (статья 184) женщинам предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 календарных дней до родов и 56 (в случаях осложненных родов или рождения двух и более детей - 70) календарных дней после родов с выплатой за этот период пособия по государственному социальному страхованию. Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов.

Женщинам, работающим на территории радиоактивного загрязнения, предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 90 календарных дней до родов и 56 (в случаях осложненных родов или рождения двух и более детей - 70) календарных дней после родов. При этом общая продолжительность отпуска не может быть менее 146 (160) календарных дней. Дородовый отпуск, предусмотренный для женщин, которые работают на территории радиоактивного загрязнения, предоставляется с согласия женщины за пределами этой территории с проведением оздоровительных мероприятий.

ЛН по беременности и родам выдается следующим женщинам:

1. из числа - граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающих в организациях, независимо от их форм собственности; лиц, занимающихся предпринимательской и иной деятельностью, при условии уплаты страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь;

безработных, состоящих на учете в государственной службе занятости, в период выполнения ими общественных работ;

2. уволившимся с работы, если отпуск по беременности и родам наступил у них в течение месячного срока со дня увольнения;

3. из числа военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений Министерства по чрезвычайным ситуациям;

4. зарегистрированным в качестве безработных органами государственной службы занятости с правом получения пособия по безработице или стипендии, а также потерявшим право на стипендию или пособие по безработице в связи с окончанием установленного срока их выплаты в течение 2 месяцев после его окончания;

5. обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средних специальных, высших учреждениях образования, в том числе в негосударственных, магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре, а также в течение 2 месяцев после окончания учреждения образования.

ЛН по беременности и родам выдается с 30 недель беременности единовременно продолжительностью на 126 календарных дней, а беременным женщинам, проживающим или работающим на территории радиоактивного загрязнения - с 27 недель беременности на 146 календарных дней.

ЛН по беременности и родам выдает врач акушер-гинеколог или врач, ведущий прием беременных женщин, совместно с заведующим женской консультацией, а при его отсутствии - совместно с заведующим отделением или главным врачом. При этом в строке ЛН "Вид нетрудоспособности" производится запись "Беременность, 30 (27) недель", в строке "Режим" - "Амбулаторный - стационарный".

Иногда к моменту наступления родового отпуска женщина находится на ЛН по заболеванию или травме. В таком случае ЛН по заболеванию закрывается и оформляется новый ЛН в связи с отпуском по беременности. Пособие по первому ЛН оплачивается как при общем заболевании, а по новому - по правилам обеспечения пособиями при беременности и родах независимо от того, продолжается ли ВН по заболеванию и после начала отпуска по беременности. Заболевание или травма с ВН в период до или послеродового отпуска не прерывает последнего и не удостоверяется ЛН. Если ВН по заболеванию или травме продолжается после окончания послеродового отпуска, то с момента окончания этого отпуска выдается ЛН на общих основаниях.

В случае осложненных родов, рождении двух и более детей ВКК организации здравоохранения, в котором родился ребенок, выдает ЛН сроком на 14 календарных дней как продолжение предшествующего ЛН, выданного в связи с беременностью и родами. В этом случае в строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Беременность и роды", в строке "Особые отметки" - "Осложненные роды (рождение двойни)". Перечень осложненных родов, при которых выдается ЛН на указанный период, определяется Министерством здравоохранения РБ.

При родах, наступивших до 30 недель беременности (до 27 недель у женщин, проживающих, работающих, проходящих службу, обучающихся на территории радиоактивного загрязнения) и рождении живого ребенка ЛН по беременности и родам выдается единовременно на 140 календарных дней (женщинам, проживающим, работающим, проходящим службу, обучающимся, на территории радиоактивного загрязнения - на 160 календарных дней), а в случае рождения мертвого ребенка - на 70 календарных дней. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения, в которой произошли преждевременные роды, а при рождении ребенка вне организации здравоохранения - ВКК организации здравоохранения, в которой беременная женщина наблюдалась. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" производится запись "Беременность и роды, и срок беременности", в строке "Особые отметки" - "Преждевременные роды и их дата".

Женщинам, у которых право на получение ЛН в связи с беременностью и родами наступила в течение 2 месяцев после окончания учебного заведения, и период освобождения от работы продолжается после дня, с которого они должны были приступить к работе согласно направлению, выдаются два ЛН: первый по день, предшествующий дню, установленному для явки на работу (для предоставления по месту учебы), а второй - со дня, установленного для явки на работу (для предоставления по месту работы). При этом в строке " Заключение о трудоспособности" первого ЛН указывается "Выдано продолжение ЛН по беременности и родам". Второй ЛН выдается как продолжение ранее выданного ЛН.

Женщинам, обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средних специальных, высших учреждениях образования, в том числе в негосударственных, магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре и совмещающим учебу с работой, ЛН в случаях беременности и родов выдаются и для предоставления по месту учебы, и по месту работы.

Если во время отпуска по уходу за ребенком до достижения им трехлетнего возраста с выплатой ежемесячного государственного пособия рождается следующий ребенок, женщине предоставляется отпуск по беременности и родам и выплачивается пособие по беременности и родам. При этом сохраняется пособие по уходу за ребенком.

*ЛН при усыновлении (удочерении).* В соответствии с действующим законодательством пособие в случае усыновления ребенка или установления опеки над ним предоставляется только работающим лицам, усыновившим (удочерившим), а также назначенным опекунами ребенка в возрасте до 3-х месяцев. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, если новорожденный передается непосредственно из стационара, а в остальных случаях - ВКК женской консультации по месту обслуживания по предоставлению документа об усыновлении. Усыновление (удочерение) производится судом по заявлению лиц (лица), желающих усыновить ребенка, по месту жительства (нахождения) ребенка или по месту жительства усыновителей. Усыновление считается установленным со дня вступления в законную силу решения суда об усыновлении. Аналогичным образом выдается ЛН лицам, взявшим на воспитание в опекунскую (приемную) семью, под опеку ребенка в возрасте до 3-х месяцев. Опека устанавливается по решению органов опеки и попечительства. Ими являются местные исполнительные и распорядительные органы. Днем установления опеки считается день вынесения исполнительным и распорядительным органом соответствующего решения. Дети, оставшиеся без попечения родителей, передаются в приемную семью на основании договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью и трудового договора. Договор о передаче ребенка (детей) и трудовой договор заключаются между органами опеки и попечительства и приемными родителями.

Право на пособие за 70 дней наступает у приемных родителей, а также у назначенных опекунами со дня вступления в законную силу соответствующего документа. Этим лицам выдается ЛН на 70 календарных дней со дня усыновления (удочерения) или установления опеки. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Беременность и роды".

*ВН в связи с абортom.* При операции прерывания беременности (аборте) ЛН выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением организации здравоохранения, в котором проведена операция.

При прерывании беременности в ранние сроки методом вакуум аспирации (мини-аборте) ЛН выдается на 1 день (день манипуляции). При проведении медицинского аборта в сроке до 10 недель беременности ЛН выдается на 2 дня, в сроке от 10 до 12 недель - на 3 дня. При этом в ЛН указывается вид нетрудоспособности - "Заболевание". При возникновении осложнений после проведения операции в любом сроке беременности ЛН выдается на весь период ВН.

## Временная нетрудоспособность по уходу

*Общие правила выдачи ЛН по уходу.* ЛН по уходу за больным членом семьи, в том числе и за ребенком, выдается при наличии трех одновременно существующих условий:

- 1) если отсутствие ухода угрожает здоровью больного;
- 2) если при наличии показаний для стационарного лечения его невозможно госпитализировать;
- 3) если в семье нет другого члена семьи либо иного лица, который (ое) может ухаживать за больным без освобождения от работы.

ЛН по уходу выдается лечащим врачом с того дня, с которого возникает необходимость в дополнительном (индивидуальном) уходе за больным, а не с 1-го дня болезни. Если лицу, занятому уходом за больным не требуется освобождение от работы (выходные, праздничные дни, в период отпусков), ЛН выдается с того дня, когда такая необходимость возникает.

ЛН по уходу за больным может выдаваться в случае необходимости попеременно разным лицам, осуществляющим уход.

ЛН по уходу за больным вне места постоянного обслуживания больного либо вне места проживания лица, осуществляющего уход за больным, выдается организацией здравоохранения по месту нахождения больного с разрешения главного врача (руководителя) или лица, исполняющего его обязанности.

*ЛН по уходу за больным взрослым членом семьи.* По уходу за больным старше 14 лет ЛН выдается только при амбулаторном лечении сроком на 3 дня. В исключительных случаях (тяжесть состояния, бытовая обстановка) с разрешения ВКК или главного врача организации здравоохранения этот ЛН может быть продлен до 7 дней в общей сложности по одному случаю нетрудоспособности. При наступлении нового случая нетрудоспособности возникает очередное право на получение ЛН по уходу за больным членом семьи.

При выдаче ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным", а в строке "Особые отметки" - фамилия, имя, отчество и возраст больного.

*ЛН по уходу за ребенком.* **ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет при амбулаторном лечении** выдается на период, в течение которого ребенок нуждается в уходе, но не более чем на 14 календарных дней по одному случаю заболевания. ЛН выдается лечащим врачом ребенка на срок до 6 календарных дней одновременно или по частям. Продление ЛН на срок от 7 до 14 календарных дней проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением или иным лицом, которому предоставлено это право. Если ребенок нуждается в уходе по истечении четырнадцатидневного срока, ВКК организации здравоохранения выдает справку о ВН, которая продлевается в соответствии с Инструкцией.

При лечении ребенка в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения ЛН по уходу за ребенком выдается и продлевается как при амбулаторном лечении.

При выдаче ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком", а в строке "Особые отметки" - имя и дата рождения ребенка.

**При стационарном лечении ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет)**, нуждающегося по заключению лечащего врача совместно с заведующим отделением в дополнительном уходе, ЛН по уходу за ребенком выдается на период, в течение которого ребенок в нем нуждается. ЛН выдается в день окончания вышеуказанного периода. При его выдаче, в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком (ребенком-инвалидом)", в строке "Особые отметки" - имя и дата рождения ребенка (ребенка-инвалида), в строке "Режим" - "Стационарный".

Если ребенок в возрасте до 14 лет нуждается в уходе и после выписки из стационара, ЛН по уходу за ним выдается при амбулаторном лечении на срок не более чем на 14 календарных дней, если освобождение от работы для ухода за ним по поводу данного заболевания до госпитализации не проводилось. Если до госпитализации ребенка в стационар ЛН по уходу за ним выдавался на срок менее чем на 14 календарных дней, после выписки из стационара выдается ЛН

на оставшиеся дни как продолжение ранее выданного, а если четырнадцатидневный срок исчерпан, то справка о ВН.

Если в период освобождения матери от работы на основании справки, выданной для ухода за больным ребенком, у него возникло заболевание, не связанное с предыдущим, справка закрывается и выдается новый ЛН по уходу как первичный.

При закрытии ЛН до истечения четырнадцатидневного срока и возникновении у ребенка после этого осложнения или продолжении того же заболевания выдается ЛН на оставшиеся дни как продолжение ранее выданного. Если указанный срок исчерпан, то выдается справка.

При заболевании двух и более детей в разное время выдается ЛН по уходу за каждым, в одно время - один ЛН. При одновременном заболевании двух и более детей после закрытия ЛН по уходу за первым заболевшим ребенком, ЛН по уходу за остальными детьми выдается с зачетом дней освобождения от работы, совпавших с уходом за первым ребенком.

В случае, когда по уходу за первым ребенком выдана справка, а заболел второй ребенок, она закрывается и выдается новый ЛН по уходу за вторым ребенком как первичный.

ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае лечения за пределами Республики Беларусь выдается, если имеется заключение Минздрава о необходимости его лечения за границей, до отъезда на весь период лечения, включая время проезда туда и обратно. ЛН выдается ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка. В строке ЛН "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за больным ребенком", в строке "Режим" - "Амбулаторный", в строке "Особые отметки" - "Уход за больным ребенком за границей, имя и дата рождения ребенка", в разделе "Освобождение от работы" проставляется только начальная дата освобождения от работы. Окончательное оформление и закрытие ЛН производится ВКК по возвращении ребенка домой на основании выписки из истории болезни, других документов, переведенных на белорусский (русский) язык, подтверждающих факт проведенного лечения.

**ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет)** в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ним (далее - в случае болезни матери) выдается при амбулаторном или стационарном ее лечении лечащим врачом матери на время, в течение которого мать не может ухаживать за ребенком. ЛН выдается по указанию заболевшей матери лицу, которое будет осуществлять уход за ребенком в период ее болезни. ЛН выдается указанному лицу с первого дня нетрудоспособности матери и до восстановления трудоспособности или установления инвалидности, но не более 120 дней подряд либо 150 дней с перерывами за последние 12 месяцев при повторении одного и того же заболевания, а при заболевании туберкулезом - не более 150 дней при непрерывной ВН и 240 дней с перерывами за последние 12 месяцев. Выдача ЛН на более продолжительный срок производится в том случае, если МРЭК принимает решение о продлении лечения больной матери. При отсутствии заключения МРЭК о продлении лечения свыше указанных сроков ЛН не выдается и не оплачивается. При установлении больной матери, либо лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, группы инвалидности и невозможности ими осуществлять уход ЛН по уходу закрывается.

Если мать либо другое лицо, ухаживающее за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет - госпитализирована в связи с необходимостью ухода за другим ребенком в стационаре, ЛН по уходу выдается в таком же порядке, как при болезни матери. В таком же порядке выдается ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом - до 18 лет), если мать здорова, но находится в родильном доме в связи с родами.

В ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Уход за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом) в связи с болезнью матери", в строке "Особые отметки" - фамилия, имя и отчество матери, дата рождения ребенка и его имя. При выдаче ЛН все необходимые реквизиты заполняются со слов матери.

Не выдается ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери, если ребенок продолжает посещать детское дошкольное учреждение.



В случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде) ЛН выдает ВКК организации здравоохранения, в которой наблюдается ребенок его отцу или другому лицу, фактически осуществляющему уход за ним. Если смерть матери наступила в роддоме (родильном отделении) до выписки ее ребенка из стационара, ЛН по уходу за ним выдается со дня его выписки из стационара и на период не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка. Если смерть матери наступила в послеродовом периоде (после выписки матери из роддома (родильного отделения), ЛН по уходу за ним выдается со дня ее смерти и на период не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

ЛН выдается единовременно на весь период ухода по месту жительства ребенка на основании выписки из организации здравоохранения, в которой произошли роды и (или) смерть матери. При оформлении ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "По уходу за ребенком в случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде)", в строке "Особые отметки" - пол и дата рождения ребенка.

В случае необходимости ЛН может выдаваться разным лицам попеременно, но суммарно не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

*Случаи, в которых не предусмотрена выдача ЛН по уходу.* ЛН по уходу не выдается:

1) по уходу за больным членом семьи в возрасте старше 14 лет - при стационарном лечении (кроме случаев ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет); если это хронический больной и (или) инвалид 1-ой группы (кроме случаев возникновения у них острого заболевания или обострения хронического);

2) по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае хронического заболевания (кроме случаев обострения, оперативного лечения или возникновения острого заболевания); если мать, отец либо другое лицо находится в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет; при наложении карантина на детское дошкольное учреждение или данного ребенка (в этом случае работающему члену семьи, ухаживающему за ребенком, выдается справка о карантине); если для ухода за больным ребенком не требуется освобождение матери от работы (трудовой или социальный отпуск, выходные и праздничные дни и т.п.);

3) по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери, если ребенок продолжает посещать детское дошкольное учреждение.

Для предотвращения случаев необоснованной выдачи ЛН по уходу за больными детьми руководители организаций здравоохранения должны обеспечить четкую работу регистратуры по достоверному учету возраста каждого ребенка, проживающего в районе деятельности учреждений, и семейного положения матерей, а также надлежащий учет и контроль ЛН, выдаваемых для ухода.

### **Другие виды временной нетрудоспособности**

*ВН при карантине.* При карантине ЛН выдается застрахованным лицам на время отстранения их от работы в связи с карантином. Карантину подлежат лица, имеющие контакт с заразными (инфекционными) больными. Сами же инфекционные больные, представляющие опасность для окружающих, подлежат стационарному лечению.

ЛН при карантине выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии - лечащим врачом, если работник имел контакт с инфекционными больными и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой. При возможности его временного трудоустройства на другую работу в период карантина, по согласованию с санитарно-эпидемиологической службой, выдается заключение ВКК для трудоустройства.

В ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Карантин" и отмечается название болезни, вызвавшей необходимость наложения на работника карантина, в строке "Режим" - "Домашний".

*ВН для протезирования.* При протезировании с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия ЛН выдается застрахованным лицам на все время нахождения в

стационаре и на время проезда в стационар и обратно. ЛН выдается лечащим врачом совместно с главным врачом протезно-ортопедической организации при выписке больного из стационара.

При оформлении ЛН в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Протезирование", в строке "Режим" - "Стационарный", в разделе "Освобождение от работы" - отмечаются сроки протезирования в стационаре и, при необходимости, отдельными строками - время на проезд к месту протезирования и обратно.

*ВН при операции искусственного оплодотворения.* ЛН выдается лечащим врачом совместно с главным врачом организации здравоохранения, в которой проводится операция, на период с момента ее проведения по день установления факта беременности, но не более чем на 21 календарный день. В ЛН указывается вид нетрудоспособности "Заболевание".

*ВН при операции стерилизации по медико-социальным показаниям.* ЛН выдается на необходимый срок, но не более чем на 5 календарных дней, а при возникновении осложнений - на весь период ВН. В ЛН указывается вид нетрудоспособности "Заболевание".

*ВН при проведении косметических операций или пластических операций, при лечении голоданием.* ЛН не выдается, за исключением их проведения по медицинским показаниям или возникновения у больного осложнений.

*ВН у граждан, самостоятельно обратившихся за консультативной помощью.* ЛН не выдается при отсутствии признаков ВН, им может быть выдана справка произвольной формы.

*ВН у граждан, проходящих обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда.* Всем этим лицам выдается справка произвольной формы.

## ЛЕКЦИЯ № 8

### **Порядок выдачи больничных листов для санаторно-курортного лечения. Порядок выдачи заключений ВКК лечебно-профилактических учреждений при трудоустройстве и переводе на более легкую работу.**

#### **Временная нетрудоспособность при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации и спелеолечении**

*Общие правила выдачи ЛН для санаторно-курортного лечения.* ЛН для санаторно-курортного лечения выдается на весь срок лечения (срок путевки) и на время проезда в санаторий и обратно только:

- лицам, заболевшим и перенесшим лучевую болезнь, вызванную последствиями катастрофы на ЧАЭС;
- инвалидам, в отношении которых установлена причинная связь инвалидности с катастрофой на ЧАЭС;
- больным туберкулезом для лечения в противотуберкулезном санатории.

Для получения ЛН этому контингенту, за исключением больных туберкулезом, необходимо представить:

- документ, подтверждающий право на указанную льготу;
- путевку на санаторно-курортное лечение;
- санаторно-курортную карту.

ЛН для санаторно-курортного лечения, за исключением противотуберкулезных санаториев, выдается ВКК (при ее отсутствии - лечащим врачом) организации здравоохранения по месту жительства или работы до отъезда в санаторий.

При оформлении ЛН в строке "Вид ВН" указывается "Санаторно-курортное лечение", в строке "Режим" - "санаторный", в строке "Особые отметки" - название санатория, даты начала и

окончания санаторной путевки. В разделе "Освобождение от работы" ЛН, при необходимости, в первой строке производится освобождение от работы на время проезда в санаторий. Ниже в графе "С какого числа" - проставляется дата начала путевки.

По окончании лечения в строке ЛН "Особые отметки" врач санатория отмечает даты фактического прибытия больного на лечение и убытия его из санатория, которые заверяются, подписью главного врача или его заместителя по медицинской части и печатью санатория.

ЛН закрывает ВКК организации здравоохранения по месту обслуживания больного с учетом срока его фактического пребывания в санатории и времени, затраченного на проезд. В случае приезда больного в санаторий с опозданием или преждевременного его отъезда ВКК организации здравоохранения в ЛН делает отметку о нарушении больным режима и корректирует сроки освобождения от работы в соответствии с фактически затраченным временем на санаторно-курортное лечение и на время проезда.

Пособие по ВН выплачивается работнику по возвращении из санаторно-курортного учреждения после предъявления ЛН и обратного талона к путевке или другого документа, подтверждающих период пребывания в указанном учреждении, а также проездных документов в случаях, если дорога в один конец занимает более суток. Пособие за неиспользованные по путевке дни не выплачивается.

Всем остальным трудящимся, получившим в соответствии с медицинским заключением путевку для санаторно-курортного лечения, ЛН не выдается. Если срок санаторно-курортного лечения превышает продолжительность трудового отпуска, на недостающее время наниматель обязан предоставить по желанию работника кратковременный отпуск без сохранения заработной платы. Однако, если у них в период санаторно-курортного лечения наступает ВН, им выдается ЛН лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии - с заместителем главного врача или с главным врачом санатория.

Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения, а также порядок отбора и направления граждан на санаторно-курортное лечение определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

*ЛН для санаторно-курортного лечения больных туберкулезом.* ЛН для лечения в противотуберкулезном санатории выдается лечащим врачом совместно с главным врачом санатория на общих основаниях. Срок пребывания (период лечения больного) в противотуберкулезном санатории определяется лечащим врачом совместно с главным врачом санатория с учетом примерных сроков лечения в противотуберкулезных санаториях, но не более чем на 48 календарных дней в году (без учета срока трудового отпуска). При распространенных формах туберкулеза (инфильтративный, диссеминированный, кавернозный туберкулез легких, кавернозный туберкулез почек, туберкулез мочевого пузыря, туберкулезный спондилит, коксит, гонит) ЛН может выдаваться на более длительный срок лечения, но не более чем на 90 календарных дней в году.

Больным, которые к моменту выписки из противотуберкулезного санатория продолжают быть временно нетрудоспособными, ЛН продлевается противотуберкулезным диспансером по месту жительства на общих основаниях. Если больной в связи с обострением туберкулезного процесса направляется на лечение в противотуберкулезный санаторий дважды в одном календарном году, это рассматривается как продолжение санаторного лечения и на весь период повторного лечения в санатории, а также на время проезда в обе стороны выдается ЛН.

При лечении в противотуберкулезном санатории молодых специалистов, которые не приступили к работе после окончания высшего или среднего специального учебного заведения в связи с заболеванием туберкулезом, ЛН и пособие по ВН им выдаются с того дня, с которого они должны приступить к работе. Пособие по ЛН оплачивается той организацией, куда молодой специалист назначен на работу.

*ЛН при направлении в санаторий родителей с детьми.* ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 16 лет на время санаторно-курортного лечения и проезда к месту лечения и обратно выдается, если ребенок по заключению ВКК организации здравоохранения нуждается в

индивидуальном уходе в этот период, а также при наличии путевок на санаторно-курортное лечение на ребенка и одного из родителей либо лица, фактически осуществляющего уход за ним и проживающего (работающего) на территории радиоактивного загрязнения и санаторно-курортных карт.

ЛН по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет выдается на весь период нахождения с ребенком в санаторно-курортном учреждении с учетом времени проезда туда и обратно одному из работающих родителей или опекуну (попечителю), когда по заключению ВКК ребенку-инвалиду необходим уход взрослого. Если одно из перечисленных лиц в связи с уходом за ребенком-инвалидом не работает, ЛН другим работающим лицам для ухода за этим ребенком не выдается. Исключение из этого правила возможно только в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет. Если по заключению ВКК ребенок-инвалид не нуждается в уходе взрослого, то лицу, сопровождающему его, ЛН выдается на время проезда в санаторий и обратно к началу лечения и после его окончания.

ЛН выдается и оформляется ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка в том же порядке как при направлении на санаторно-курортное лечение лиц, имеющих право на ЛН. При этом в строке "Вид ВН" указывается "Уход за ребенком (ребенком-инвалидом) в санатории".

ЛН по уходу за ребенком (ребенком-инвалидом) в санатории выдается не более одного раза в календарном году.

*ЛН при направлении в отделение медицинской реабилитации санатория.* При направлении больного в отделение медицинской реабилитации санатория непосредственно из стационара организации здравоохранения или в период амбулаторного лечения с ВН, ЛН, выданный по поводу заболевания, закрывается. В строке "Особые отметки" этого ЛН указывается "Направлен в отделение медицинской реабилитации санатория" и название санатория. Одновременно ВКК организации здравоохранения, направляющая больного в санаторий, выдает новый ЛН, как продолжение ранее выданного. В строке "Вид ВН" указывается "Заболевание", а в строке "Режим" - "Реабилитационный". При выписке больного в ЛН указываются даты фактического прибытия на лечение и убытия к месту жительства или дальнейшего лечения. Организация здравоохранения по месту жительства больного проводит экспертизу его трудоспособности не позднее дня, следующего за днем прибытия его из отделения медицинской реабилитации санатория.

*ЛН при направлении воинов-интернационалистов, их жен, а также вдов погибших воинов-интернационалистов в Центр медицинской реабилитации воинов-интернационалистов.* В соответствии с Положением о Республиканском Центре медицинской реабилитации воинов-интернационалистов в Центр могут направляться не только воины-интернационалисты, но и их жены и вдовы погибших воинов-интернационалистов. Поэтому при лечении в Центре всем им выдается ЛН и оплачивается пособие по ВН.

ЛН при направлении в Центры медицинской реабилитации воинов-интернационалистов выдаются ВКК организации здравоохранения по месту жительства или работы больного из указанного контингента как при направлении на санаторно-курортное лечение. При этом в строке "Вид ВН" указывается "Заболевание", в строке "Режим" - "Реабилитационный", в строке "Особые отметки" - название Центра реабилитации воинов-интернационалистов.

*ЛН при проведении амбулаторного или стационарного этапа медицинской реабилитации.* При проведении амбулаторного этапа медицинской реабилитации больным с ВН выдается ЛН как при амбулаторном лечении. После восстановления трудоспособности реабилитация больного проводится в свободное от работы время.

Больным с временной утратой трудоспособности, направляемым в стационарные отделения или центры медицинской реабилитации, ЛН выдается как при стационарном лечении.

*ЛН при направлении больных на спелеолечение.* ВКК организации здравоохранения по месту жительства больного при направлении больного на спелеолечение по медицинским

показаниям выдает, закрывает и оформляет ЛН. Последний выдается на весь период спелеолечения с учетом времени проезда к месту лечения и обратно в том же порядке, что и при направлении на санаторно-курортное лечение. При оформлении ЛН в строке "Вид ВН" указывается "Заболевание", в строке "Режим" - "Стационарный".

ЛЕКЦИЯ № 9-10

### **Экспертиза стойкой нетрудоспособности.**

## **ЭКСПЕРТИЗА ИНВАЛИДНОСТИ**

На современном этапе определение инвалидности проводится на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функции отдельных органов и систем и приводящих к нуждаемости в социальной помощи и защите, т.е. к социальной недостаточности. Этот подход базируется на концепции последствий болезни на 3-х взаимосвязанных уровнях – органном (морфофункциональные нарушения отдельных органов), организменном (ограничение жизнедеятельности – основных способностей инвалида, реализуемых в рамках интегративной деятельности целостного организма) и социальном (социальная недостаточность), представленной в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Принципиально новым подходом к экспертизе инвалидности является ее определение за нарушение любой из способностей, составляющих основу жизнедеятельности. При этом способность к труду может быть сохранена полностью или нарушена в меньшей степени, чем другие способности. В этих случаях открывается возможность трудовой деятельности инвалидов, вплоть до выполнения им труда без ограничений, несмотря на наличие инвалидности, иногда тяжелой. Поэтому сегодня правильнее вести речь об экспертизе инвалидности как о более широком понятии, чем экспертиза трудоспособности. И, тем не менее, эти два понятия очень тесно переплетаются, способность к труду рассматривается как одна из основных способностей человека, обеспечивающая его полноценную жизнедеятельность. Поэтому в данной главе переплетаются вопросы как экспертизы инвалидности в целом, так и экспертизы стойкой нетрудоспособности, которая также приводит к инвалидизации человека.

## **Основные цели направления больных на МРЭК**

Направление на МРЭК проводится для определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Основными целями направления больных на МРЭК являются:

- 1) определение структуры и степени ограничения жизнедеятельности освидетельствуемых лиц и их реабилитационного потенциала;
- 2) установление группы и причины инвалидности, сроков и времени наступления;
- 3) переосвидетельствование инвалидов;
- 4) контрольное освидетельствование длительно болеющих лиц;
- 5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- 6) определение потребности инвалидов в мерах социальной защиты, в том числе в мерах медицинской, профессиональной и социальной реабилитации и разработку на основе этого индивидуальных программ их реабилитации;
- 7) определение показаний к получению специальных транспортных средств;
- 8) установление показаний к обучению, трудоустройству инвалидов в учреждениях социального обеспечения;
- 9) определение показаний к направлению в дома инвалидов;
- 10) установление причины смерти инвалида, когда законодательством Республики Беларусь предусматривается предоставление льгот семье умершего.

## **Показания к направлению на МРЭК и его порядок**

Направлению на МРЭК подлежат граждане в тех случаях, когда законодательство Республики Беларусь связывает с установлением инвалидности предоставление им прав на социальную помощь либо освобождения от выполнения соответствующих обязанностей, и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Беларусь.

Показания основания для направления больного на МРЭК следующие:

1. Наличие признаков инвалидности.

Вопрос о наличии признаков инвалидности решается ВКК лечебно-профилактического учреждения, а при ее отсутствии – лечащим врачом совместно с главным врачом. Больных направляют на МРЭК для определения инвалидности, если у них имеются признаки инвалидности, а при отсутствии их на заседании ВКК выносится решение о том, что больной направлению на МРЭК не подлежит.

2. Наличие у больного утраты профессиональной трудоспособности, которая не является основанием для определения группы инвалидности, но возникла вследствие несчастного случая, связанного с производством или профессиональным заболеванием. МРЭК определяет размер возмещения предприятиями, учреждениями и организациями причиненного ущерба, а также других льгот по возмещению ущерба.

Направляют больных на МРЭК в соответствии с этим показанием по просьбе больного и только при наличии у него необходимых документов.

3. Очередное переосвидетельствование в связи с окончанием срока инвалидности. Датой окончания срока инвалидности считается 1-е число месяца, следующего за тем, в котором

определялась инвалидность (например, фактическая дата установления инвалидности 10 апреля 2003 г., а дата окончания срока инвалидности – 1 мая 2004 г.).

Инвалидность I группы устанавливается на два года, II и III группы – на один год. У инвалидов в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС очередное переосвидетельствование производится через пять лет. У инвалидов в связи с участием в боевых действиях в Афганистане и на территории других государств при первичном освидетельствовании инвалидность устанавливается на пять лет, а при переосвидетельствовании – на общих основаниях.

Этих лиц направляют на МРЭК для переосвидетельствования во всех случаях окончания срока инвалидности, даже тогда, когда, по мнению врачей лечебно-профилактических учреждений, отсутствуют основания для продления группы инвалидности. Официальное снятие с этих лиц группы инвалидности имеет значение для последующей оплаты листков нетрудоспособности.

4. Необходимость направления на МРЭК инвалидов досрочно – до наступления срока очередного переосвидетельствования. Это касается инвалидов, у которых появились признаки для изменения группы инвалидности в связи с изменением состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности или для изменения трудовой рекомендации МРЭК, а также при вскрытии в процессе предварительного расследования фактов противопоставленных действий (подложные документы, другое).

Направление на МРЭК мужчин старше 60 лет, а женщин старше 55 лет и других лиц, которым установлена бессрочная группа инвалидности, может осуществляться только при их согласии на переосвидетельствование, кроме случаев, когда указанных работающих инвалидов направляют на МРЭК, как длительно болеющих.

5. Продление ЛН либо определение инвалидности у больных с длительной временной нетрудоспособностью. Длительная ВН – это 120 календарных дней подряд по одному или разным заболеваниям (травмам) либо 150 календарных дней с перерывом за последние 12 месяцев при повторных случаях временной нетрудоспособности вследствие одного либо родственных заболеваний, включая санаторный этап медицинской реабилитации и протезирование в условиях стационара, а при заболевании туберкулезом – 180 календарных дней подряд или не более 240 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев, включая санаторно-курортное лечение в противотуберкулезном санатории. Сверх этих сроков врачи лечебно-профилактических учреждений не имеют права продлевать ЛН ни на один день без заключения МРЭК («решение о долечивании»), поэтому они должны постоянно контролировать сроки ВН у наблюдаемых ими больных и точно знать. Сколько дней длится данный случай временной нетрудоспособности и по поводу, каких заболеваний было у больного в общей сложности за последние 12 месяцев, независимо от того, в одном или различных лечебно-профилактических учреждениях выдавались ЛН (справки о ВН).

При каждом осмотре такого больного заведующим отделением, заместителем главного врача по МСЭ и Р, главным врачом обязательно уточняют длительность предшествующей временной нетрудоспособности.

При выполнении признаков инвалидности длительно болеющих лиц должно направляться на МРЭК и ранее этих сроков.

6. Необходимость изменения причины инвалидности на более льготную

Больных направляют на МРЭК в этих случаях, как правило, досрочно с предоставлением необходимых документов для изменения причины инвалидности (например, акта о несчастном случае по форме «Н-Л» или заключения о выявлении профессионального заболевания у больных, у которых до этого была инвалидность установлена по причине общего заболевания, а при соединившиеся последствия травмы или профессионального заболевания дают также основания для установления инвалидности по этому поводу и т.д.).

7. Наличие показателей для обеспечения инвалида спецавтотранспортом.

При наличии показаний к направлению больного на МРЭК лечебно-профилактические учреждения оформляют посылной лист - Направление на МРЭК (форма № 088/у, прил. 26).

Направление на МРЭК заполняют во всех случаях первичного и повторного направления на освидетельствование на МРЭК.

Направление на МРЭК заполняется лечащим врачом и заведующим соответствующим отделением и утверждается ВКК, а при отсутствии ВКК – главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

При заполнении Направления на МРЭК врачи должны тщательно заполнять все формы.

В направлении на МРЭК приводятся следующие данные:

- пункт 1 – фамилия, имя, отчество больного (полностью);
- пункт 2 – дата рождения (год, месяц и число рождения, а не количество лет);
- пункт 3 – адрес больного (полный адрес места жительства);
- пункт 4 – при повторном освидетельствовании указывается группа инвалидности;
- пункт 5 – место работы и адрес (приводится наименование предприятия, учреждения, совхоза, колхоза и т.д., а также цеха, отдела и т.д.);
- пункт 6 – основная профессия;
- пункт 7 – должность, занимаемая в настоящее время (в период направления на МРЭК);
- пункт 8 – характер и условия труда;
- пункт 9 – изменение профессии или условий работы за последний год, трудовая установлена. В этом пункте перечисляются все изменения профессии больного, которые произошли за последний год, а также условий, в которых он работал (влажность, температура и освещение в рабочем помещении, шум, пыль, сотрясение, воздействие токсических или раздражающих веществ, степень физического и нервно-психического напряжения, рабочая поза, характер и продолжительность работы, дополнительные нагрузки и т.п.). Способствовали ли данные условия снижению трудоспособности больного. Переводился ли больной по заключению ВКК в облегченные условия труда за истекший год.

При первичном направлении на МРЭК следует указывать не только изменения профессии за истекший год, но и трудовой деятельности. Поскольку в бланке в этом пункте всего одна строка при необходимости к форме № 088/у прилагается дополнительный материал.

- пункт 10 – с какого времени больной находится под наблюдением данного лечебно-профилактического учреждения;
- пункт 11 – история настоящего заболевания, приведенные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Лечащий врач при первичном направлении на МРЭК в этом пункте должен в краткой, сжатой форме описать анализ (основные жалобы больного и документальное подтверждение сведений о течении заболевания, приведшего к ограничению жизнедеятельности, в том числе начальные симптомы заболевания, время их появления, обострения, проведение амбулаторного и стационарного лечения, реабилитационных мероприятий и их эффективность), обосновать причину направления на МРЭК.

Следует помнить о том, что врачи-эксперты при освидетельствовании первично направленных больных должны учитывать полученную информацию и экспертное решение в значительной степени будет зависеть от имеющихся в форме № 088/у сведений. Лечащий врач имеет возможность длительно наблюдать за течением заболевания, он располагает различными данными о состоянии больного, его задача – максимально облегчить работу МРЭК.

При повторном (очередном) направлении на МРЭК отображается динамика заболевания за период со дня предыдущего освидетельствования.

- пункт 12 – рекомендуемые мероприятия медицинской реабилитации и др. меры по восстановлению жизнедеятельности (для включения их в ИПР инвалида);
- пункт 13 – количество дней, пропущенных на работе по болезни за последние 12 месяцев. Указывается конкретно, с какого по какое число и месяц находился на ЛН и по какому



зауолеванию. Если ЛН выдавался для проведения санаторно-курортного лечения, об этом указывается особо;

- пункт 14- данные всестороннего объективного исследования больного, в которые включаются обстоятельные записи врачей основных специальностей – терапевта, хирурга, невропатолога, а при необходимости – других специалистов (окулиста, отоларинголога, психиатра, уролога, гинеколога, эндокринолога и др.).

При описании объективного статуса лечащий врач вначале представляет данные о функциональном состоянии наиболее пораженных органов и систем, а затем последовательно характеризует функциональное состояние других органов и систем больного.

- пункт 15 – результаты рентгенологического исследования (рентгеноскопии или графии органов грудной клетки и при необходимости – желудочно-кишечного тракта, трубчатых костей, черепа и др.). При необходимости рентгенограммы прикладываются к форме № 088/у;

- пункт – 16 – данные лабораторных исследований (общего анализа крови и мочи, а в нужных случаях – анализов мокроты, желудочного содержимого, кала и др., в зависимости от характера заболевания);

- пункт 17 – основной диагноз, диагнозы сопутствующих заболеваний и имеющихся у больного осложнений.

Основным заболеванием (анатомическим дефектом) считать то, которое обусловило наибольшую степень ограничения жизнедеятельности, а при равноценности заболеваний в смысле инвалидизации основным считать заболевание с более тяжелым клиническим течением и худшим прогнозом. Перечисляются все сопутствующие заболевания и осложнения, независимо от степени их выраженности.

Диагноз при направлении на МРЭК должен быть сформулирован в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10 пересмотра (МКБ-10). Полный клинический диагноз должен содержать в себе определение нозологической формы, характера и степени функциональных нарушений, стадии болезни, течения с указанием частоты, длительности и тяжести обострений.

Нарушения функций и ограничения жизнедеятельности подлежат количественной оценке. В целях ее унификации в оценке разных параметров определяется «функциональный класс» (ФК), ранжированный по 5-балльной шкале (от 0 до 4), принятой за 100% интервал между баллами составляет 25%: ФК-0 – характеризует нормальное состояние параметра; ФК-1 – легкое нарушение функции или критерия жизнедеятельности (от 1 до 25%); ФК-2 – умеренное нарушение (от 26 до 50%); ФК-3 – значительное нарушение (от 51 до 75%); ФК-4 – резкое нарушение вплоть до полной утраты функции или способности (от 76 до 100%).

При количественной оценке степени нарушения функции (ее ФК) учитывается эффект компенсации с помощью медикаментозных или технических средств, улучшающих функцию.

Состояние жизнедеятельности оценивается по каждому ее критерию в отдельности, так как в ранней стадии болезни может нарушаться только одна способность, которая приводит к социальной недостаточности и необходимости определения инвалидности.

Между ФК нарушения и ограничения жизнедеятельности не всегда проявляются прямо пропорциональные отношения, что требует отдельной оценки каждого параметра: выраженность социальных последствий болезни (травмы, дефекты) прямо вытекает из степени ограничения жизнедеятельности.

- пункт 18 – основание (причина) для направления больного на МРЭК, окончание срока инвалидности, переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование, необходимость продления листка нетрудоспособности и др.), следует указывать на предлагаемую группу инвалидности, а тяжесть ограничения жизнедеятельности больного.

Направление на МРЭК подписывают председатель и члены ВКК, ставят дату принятия решения на ВКК о направлении во МРЭК и печать лечебно-профилактического учреждения. Решение о направлении больного на МРЭК регистрируется в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного и в журнале для записи заключений ВКК (форма № 035/у).

Если больной находится на стационарном обследовании или лечении или ему проводилось амбулаторное обследование в специализированных учреждениях, диспансерах в поликлинических отделениях научно-исследовательских клинических институтов, то к направлению на МРЭК прилагаются заверенные в лечебно-профилактических учреждениях копии подробных выписок из медицинских карт и заключений и т.д. Подлинники выписок из медицинских карт, заключений должны оставаться в медицинской карте амбулаторного больного.

При необходимости МРЭК может затребовать в лечебно-профилактических учреждениях медицинское карты освидетельствуемых лиц.

Кроме формы № 088/у для направления больного на МРЭК требуется правильно оформленный листок нетрудоспособности (см. раздел «Оформление ЛН при направлении на МРЭК»).

При очередном переосвидетельствовании инвалида к направлению на МРЭК лечебно-профилактическое учреждение прилагает программу медицинской реабилитации инвалида с отметкой о ее выполнении, оценкой эффективности или указанием причин невыполнения.

Об исполнении программы социально-бытовой и/или профессиональной реабилитации МРЭК уведомляет посредством отрывного талона, содержащегося в соответствующих разделах ИПР, отправляемого после завершения мер реабилитации с отметкой об их выполнении или указанием причин невыполнения.

Направляют больных на МРЭК лечебно-профилактические учреждения по месту жительства больного или по месту прикрепления его к лечебно-профилактическому учреждению.

Если больной по состоянию здоровья не может явиться лично на МРЭК, о чем принимает решение ВКК, его освидетельствуют на дому или в стационаре, где он находится на лечении. Заключение ВКК в этом случае вместе с необходимыми документами для проведения экспертизы передается во МРЭК.

В исключительных случаях МРЭК может выносить заочное решение об ограничении жизнедеятельности больных с их согласия на основании подробных выписок из медицинских карт больных и других необходимых для экспертизы документов. Это положение распространяется на больных, которые находятся на длительном стационарном лечении за пределами Республики Беларусь.

### **Критерии определения групп инвалидности**

Основанием для определения инвалидности является сочетание уровней взаимосвязанных последствий болезни:

- нарушения функций, вызванных болезнью, травмой или дефектом, которое приобретает стойкий характер, несмотря на проведенные лечения и реабилитацию;
- ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности, вызванного нарушением функций;
- социальной недостаточностью, обусловленной ограничением жизнедеятельности, которая приводит к нуждаемости в социальной помощи и защите.

Наличие у больного последствий болезни только одного уровня не является условием, достаточным для признания его инвалидом.

### **Определение I группы инвалидности**

Основание для определения I группы инвалидности является зависимость от постоянной нерегулируемой помощи других лиц вследствие резко выраженного ограничения жизнедеятельности, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, тяжелыми комбинированными анатомическими дефектами и приводящего к социальной недостаточности. К резко выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК-4) относятся:

- 1) резкое нарушение самообслуживания – невозможность без помощи других лиц осуществлять одну или несколько насущных потребностей: (личная гигиена, одевание, прием пищи, осуществление физиологических отпавлений), нуждаемость в удовлетворении которых возникает через короткие интервалы и является нерегулируемой;
- 2) полная утрата способности к передвижению или резкое его ограничение – возможность передвижения только в пределах жилья или при помощи других лиц;
- 3) резкое ограничение ориентации – полная неспособность или резкое нарушение способности различать и идентифицировать близко расположенных людей и объекты, что создает нуждаемость в помощи лиц во всех видах повседневной деятельности; возможность компенсации зрительных нарушений только за счет других систем ориентации;
- 4) резкое нарушение контроля своего поведения – невозможность или резкое нарушение осознания собственной личности, окружающих предметов, людей, отсутствие безопасности, что создает необходимость постоянного надзора и помощи других лиц и приводит к нарушению практически всех сторон жизнедеятельности; так же оцениваются очень часто повторяющиеся пароксизмы полного нарушения сознания (сумеречные расстройства сознания, ежедневные повторные генерализованные тонико-клонические припадки и другие);
- 5) резкое нарушение общения – невозможность общения или резкое нарушение контактов даже с ближайшими родственниками на бытовом уровне, затрудняющее адекватную помощь других лиц.

Резко выраженные ограничения жизнедеятельности возникают:

1. при патологии висцеральной, нервной, эндокринной, костно-мышечной, зрительной, сосудистой систем, когда нарушение функции любой из них достигает резкой степени выраженности (ФК-4);
2. при значительно выраженных нарушениях функций (ФК-3) двух и более указанных систем, создающих синдром взаимного отягощения и приводящих к резкому ограничению жизнедеятельности в рамках одной ее категории;
3. при резко выраженных психических расстройствах.

Первая группа инвалидности определяется также при заболеваниях с абсолютно неблагоприятным в отношении жизни прогнозом на ближайшее время вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент освидетельствования в МРЭК.

### **Определение II группы инвалидности**

Основанием для определения II группы инвалидности является значительно выраженное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм, комбинированными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности.

К значительно выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК-3) относятся:

- 1) значительное ограничение самообслуживания – постоянная нуждаемость в помощи других лиц в осуществлении ряда регулируемых потребностей, необходимых в удовлетворении которых возникает три и более раз в неделю, но не чаще одного раза в день (обеспечение продуктами, уборка, стирка, приготовление пищи, отопление помещения и другое);
- 2) значительное ограничение передвижения – возможность передвижения только в пределах ближайшей к жилью территории или с помощью сложных вспомогательных средств, резкое затруднение использования транспорта без помощи других лиц;
- 3) значительное ограничение ориентации – значительное затруднение способности распознавать людей и объекты на небольшом отдалении, при наличии помех ориентации (низкая освещенность, мелькание и другое), в малознакомой обстановке; необходимость использования вспомогательных средств в учебе или на производстве; невосприятие звуков и устной речи при невозможности компенсации дефекта слуха адекватными способами (глухонмота в сочетании с безграмотностью);

4) значительное нарушение контроля поведения – сохранение возможности осознавать себя и ближайших родственников, осуществлять личный уход и элементарное самообслуживание при неполном определении местонахождения и времени, затруднении справляться с ситуацией вне дома, идентифицировать людей и объекты в незнакомой обстановке, должным образом соблюдать личную безопасность; сюда же относятся и часто повторяющиеся пароксизмы кратковременного нарушения сознания или ориентации;

5) значительное нарушение общения – «обедненное» общение – возможность общения только со знакомыми людьми и на бытовом уровне, распад других устоявшихся контактов и невозможность установления новых связей;

6) невозможность профессионального обучения (переобучения) или возможность обучения только по специальным программам в специальных учебных заведениях, в группах для инвалидов, индивидуально на дому, потребность в специальных средствах, программах и методах обучения и/или в помощи других лиц в этом процессе (кроме глухих);

7) полная утрата трудоспособности к профессиональному труду или возможность его выполнения только в специально созданных условиях: специально организованных предприятиях (цехах, участках) для инвалидов; специально организованных рабочих местах – на дому и на предприятиях общего типа при условии их оснащения специально сконструированным оборудованием, приспособлениями, исключения нормирования труда.

Значительно выраженные ограничения жизнедеятельности возникают:

1. при патологии висцеральной, нервной, эндокринной, сосудистой, костно-мышечной, зрительной систем, когда нарушения их функций достигают значительно выраженной степени (ФК-3);

2. при сочетании умеренных нарушений функций (ФК-2) двух и более систем, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности и приводящих к значительному ее ограничению;

3. при выраженных психических расстройствах.

Вторая группа инвалидности определяется также вне зависимости от выраженности ограничений жизнедеятельности при сомнительном (несмотря на проведенные лечение и реабилитацию) трудовом прогнозе и противопоказаниях к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья.

### **Определение III группы инвалидности**

Основанием для определения III группы инвалидности является умеренное ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и выраженными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности.

К умеренным ограничениям жизнедеятельности (ФК-2) относятся:

1) умеренное ограничение самообслуживания – нуждаемость в регулярной (четыре и более раз в месяц) помощи других лиц в осуществлении некоторых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных потребностей;

2) умеренное ограничение передвижения – передвижение ограничено районом проживания и характеризуется медленным темпом ходьбы, явными изменениями походки, необходимостью использования вспомогательных средств при ходьбе вне дома, неполной медикаментозной коррекцией деятельности систем, обеспечивающих передвижение; использование общественного транспорта затруднено, но возможно без помощи других лиц;

3) умеренное ограничение ориентации – частичное нарушение распознавания окружающих предметов, обусловленное умеренным нарушением восприятия зрительных образов или резким нарушением восприятия слуховых сигналов, создающими необходимость использования сурдосредств или помощи сурдопереводчика;

4) умеренное нарушение контроля поведения – сохранение способности осознавать себя, людей, предметы и ситуации в привычной обстановке при затруднении интерпретации

взаимоотношений между объектами в незнакомой обстановке и выработке адекватной реакции на необычную ситуацию, что позволяет больному самостоятельно выполнять традиционную повседневную деятельность, некоторые виды освоенного профессионального труда в обычных производственных условиях и проходить элементарное обучение; сюда же относятся пароксизмы расстройства сознания средней частоты;

5) умеренное ограничение общения – «пониженное общение», затруднение в установлении новых контактов при сохранении устоявшихся, общее с использованием невербальных способов и помощи сурдопереводчика;

6) умеренное ограничение обучения – возможности обучаться в обычных учебных заведениях по общим программам и режиму, но в специальных классах, группах, оснащенных техническими средствами, необходимым для определенной категории инвалидов, или обучения при участии других лиц, кроме преподавателей;

7) умеренное ограничение способности к профессиональной деятельности – необходимость по состоянию здоровья значительного изменения профессионального труда, выполняемого в обычных производственных условиях;

снижение квалификации на 2-3 и более разряда (свыше 25%) в связи с невозможностью продолжать работу в своей профессии или в другой, равной ей по квалификации (квалификационные разряды и соответствующие им проценты оцениваются в соответствии с единой тарификационной сеткой работников Республики Беларусь);

ограничение объема профессиональной деятельности в своей профессии в связи со снижением на 4 и более разряда (свыше 25%) категории должности специалиста или уровня управления руководителя;

ограничение продолжительности рабочего времени (возможность работать только неполный рабочий день);

возможность выполнять только отдельные закрепленные виды работ из перечня должностных обязанностей;

необходимость оснащения рабочего места вспомогательными приспособлениями и другими техническими средствами.

Умеренные ограничения жизнедеятельности возникают:

при патологии висцеральной, нервной, эндокринной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, зрительной систем, психической деятельности. Когда нарушение функции любой из них достигает умеренной степени (ФК-2) или при легком нарушении функции (ФК-1) нескольких из указанных систем, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности и приводящих к умеренному ее ограничению, при легком нарушении профессионально значимой функции (ФК-1), ведущем к невозможности продолжения труда без снижения его квалификации, а также при резко выраженном нарушении слуха (тугоухость III-IV ст.).

### **Показания (основания) для установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования**

Медицинскими показаниями для установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования являются:

1) стойкие необратимые морфологические изменения и нарушения функций органов и систем организма, невозможность улучшения течения заболевания и социальной адаптации по причине неэффективности проведенных реабилитационных мероприятий (после трех лет наблюдения МРЭК);

2) анатомические дефекты, перечисленных в Инструкции по определению группы инвалидности;

2.1. Анатомические дефекты, при наличии которых устанавливается I группа инвалидности;

культы обеих нижних конечностей на уровне бедер;  
культы обеих кистей с отсутствием всех фаланг четырех пальцев, включая первые или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей:  
двусторонний анофтальм.

2.2. Анатомические дефекты, при наличии которых устанавливается II группа инвалидности:

культы обеих кистей на уровне:  
отсутствие всех фаланг четырех пальцев, исключая первые;  
отсутствие всех фаланг трех пальцев, включая первые;  
отсутствие первого и второго пальцев с соответствующими пястными костями;  
отсутствие трех пальцев с соответствующими пястными костями;  
указанные выше культы кисти одной верхней конечности при ампутации другой верхней конечности на более высоком уровне.

Культы обеих нижних конечностей на уровне:

культы стоп по Шопару;  
культы голеней, в том числе и по Пирогову.

Культя голени и более высокие ампутации одной нижней конечности в сочетании с отсутствием всех фаланг четырех пальцев или более высокой ампутацией одной верхней конечности.

Экзартикуляция бедра.

Экзартикуляция верхней конечности в плечевом суставе.

Культя одной верхней конечности и отсутствие глаза.

Культя одной нижней конечности и отсутствие глаза.

2.3. Анатомические дефекты, при наличии которых устанавливается III группа инвалидности:

отсутствие всех фаланг четырех пальцев одной кисти, исключая первый;  
отсутствие всех фаланг трех пальцев кисти, включая первый;  
отсутствие первого и второго пальцев кисти с соответствующими пястными костями;  
отсутствие трех пальцев кисти с соответствующими пястными костями;  
отсутствие первых пальцев обеих кистей;  
более высокие ампутации одной верхней конечности;  
культя стопы после ампутации по Шопару и более высокие уровни ампутации одной нижней конечности;  
двусторонние культы стоп по Шарпу;  
укорочение одной нижней конечности на 10 см и более;  
дефекты челюсти и твердого неба, если протезирование не обеспечивает жевания;  
гипофизарный нанизм, остеохондропатия, остеохондродистрофия с низкорослостью, другие формы низкорослости (рост менее 150 см);  
постоянное канюленосительство вследствие отсутствия гортани;  
обширный костный дефект черепа (12 квадратных сантиметров и более);  
отсутствие одного глаза;  
отсутствие одного легкого;  
экстирпация желудка;  
тотальная тиреоидэктомия по поводу рака.

Если установленная бессрочно по анатомическому дефекту группа инвалидности повышается в связи с изменением (ухудшением) состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности (например, в связи с присоединившимся заболеванием), переосвидетельствование назначается на срок в соответствии с установленной группой.

Социальным показанием, согласно которому группа инвалидности устанавливается бессрочно является возраст - у женщин 55 лет и старше, у мужчин – 60 лет и старше.

## Причины инвалидности

Одним из условий реализации социальной защиты инвалида является причина инвалидности, от которой зависит размер пенсии, льготы и другие меры социальной помощи.

Под причиной инвалидности подразумевается связь с теми или иными социальными факторами, которую устанавливают на МРЭК одновременно с группой инвалидности.

Устанавливаются следующие причины инвалидности:

1. общее заболевание;
2. профессиональное заболевание;
3. трудовое увечье;
4. инвалидность с детства;
5. инвалидность с детства, вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий);
6. инвалидность с детства, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
7. военная травма;
8. заболевание получено при исполнении обязанности военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия);
9. заболевание получено в период военной службы;
10. заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

Законодательством Республики Беларусь могут быть установлены и другие причины инвалидности.

Причину инвалидности устанавливают на основании представленных освидетельствуемым соответствующих документов об обстоятельствах возникшей инвалидности.

### Причина инвалидности «Общее заболевание»

При отсутствии документов о профессиональном заболевании, трудовом увечье, заболевании, связанном с военной службой, с радиационными воздействиями, о наступлении инвалидности в детстве и др., МРЭК устанавливает причину инвалидности «общее заболевание».

Установление данной причины означает, что не имеется оснований для иных причин.

Если инвалид претендует на другую причину инвалидности, то на МРЭК установив причину «общее заболевание» дают разъяснение инвалиду и в случае возможности установления иной причины инвалидности оказывают ему содействие в поиске необходимых документов.

Поводом для изменения причины инвалидности «общее заболевание» на другую может быть:

1) появление медицинских или юридических документов, позволяющих изменить причину инвалидности «общее заболевание» на одну из других причин (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1; заключение центра профессиональной патологии; военно-медицинские документы и другие);

2) при присоединении второго заболевания (травмы), дающего право для определения инвалидности и имеющего другую причину, а иногда и разную тяжесть, группа инвалидности определяется по более тяжелому заболеванию, а причина инвалидности - более льготная (либо по желанию инвалида).

### Причина инвалидности «Профессиональное заболевание»

Причину инвалидности «профессиональное заболевание» устанавливают лицам, у которых заболевание, приведшее к инвалидности, признается профессиональным. Вопрос о

профессиональном заболевании (остром или хроническом) может стоять лишь тогда, когда имелось воздействие вредного фактора, свойственного данной профессии или производству.

К хроническим профессиональным заболеваниям должны быть отнесены ближайшие и отдаленные последствия профессиональных заболеваний (например, стойкие органические изменения центральной нервной системы после интоксикации окисью углерода).

Необходимо учитывать возможность развития профессиональных заболеваний через длительный срок после прекращения работы в контакте с вредным, опасным веществом и производственным фактором (поздние силикозы, бериллиоз, папиллома мочевого пузыря, другое). К профессиональным следует отнести также болезни, в развитии которых профессиональное заболевание является фоном или фактором риска (например: рак легких, развившийся на фоне силикоза, асбестоза, пылевого бронхита).

При наличии оснований, определяемых МРЭК, устанавливается соответствующая группа инвалидности, определяется степень утраты профессиональной трудоспособности и нуждаемость в дополнительных видах помощи.

При определении причинной связи заболевания с профессиональными вредностями МРЭК руководствуется заключением центра профессиональной патологии, актом о профессиональном заболевании формы ПЗ-1; Списком профессиональных заболеваний и Инструкцией по применению списка профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерством социальной защиты Республики Беларусь от 29 мая 2001 г. № 40/6 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2001 г., № 62, 8/6240).

Если у инвалида вследствие профессионального заболевания возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

### **Причина инвалидности «Трудовое увечье»**

Причина инвалидности «трудовое увечье» устанавливается, если инвалидность, наступившая вследствие причинения вреда жизни и здоровью работника увечьем либо иным повреждением здоровья, связана с исполнением им своих трудовых обязанностей.

Инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья, если несчастный случай, вызвавший инвалидность, произошел (кроме случаев противоправного деяния):

при выполнении трудовых обязанностей (в том числе во время командировки), а также при совершении каких-либо действий в интересах организации, хотя бы и без специального поручения;

по пути на работу или с работы (акт о несчастном случае не составляется);

на территории организации или в ином месте работы в течение рабочего времени (включая и установленные перерывы), необходимого для приведения в порядок орудия производства, одежды и другого перед началом или по окончании работы;

вблизи организации или иного места работы в течение рабочего времени (включая и установленные перерывы), если нахождение там не противоречило правилам внутреннего трудового распорядка (акт о несчастном случае не составляется);

при выполнении государственных обязанностей, заданий органов государственной власти и управления, а также общественных организаций (объединений), зарегистрированных в установленном порядке, хотя бы эти задания и не были связаны с основной работой (акт о несчастном случае не составляется);

при выполнении гражданского долга по спасению человеческой жизни, по охране собственности и правопорядка (акт о несчастном случае не составляется);

при прохождении студентами и учащимися высших и средних специальных учебных заведений, профессионально-технических учебных заведений, школ. В том числе



общеобразовательных курсов по подготовке кадров, аспирантами и клиническими ординаторами, производственного обучения или практики, практических занятий.

Если на основании документов соответствующих компетентных органов установлено, что несчастный случай произошел при совершении потерпевшим противоправных деяний, преследуемых в уголовном порядке (хищение, угон транспортных средств и другие), в результате умышленных действий по причинению вреда своему здоровью либо обусловлен исключительно состоянием здоровья потерпевшего, то такой случай оформляется актом о непроизводственном несчастном случае (происшествии) формы НП.

При наступлении инвалидности вследствие несчастного случая на производстве МРЭК устанавливает причину «трудовое увечье» при наличии акта о несчастном случае по форме Н-1 или решения суда.

Как последствия трудового увечья должны рассматриваться и те случаи, когда травма на производстве спровоцировала до того скрыто протекающий патологический процесс или обусловила развитие заболевания в травмированном органе.

Как последствия трудового увечья должно рассматриваться и резкое ухудшение ранее компенсированного заболевания под воздействием производственной травмы. В подобных случаях связь имеющегося патологического состояния, тяжести функциональных нарушений, характера течения заболевания с производственной травмой должна устанавливаться на основе тщательного анализа клинической картины, изучения анамнеза в сопоставлении с характером перенесенной травмы.

Если последствия производственной травмы с течением времени настолько компенсировались, что дало основание для снятия инвалидности, а в дальнейшем опять обострились и привели вновь к инвалидности, причина ее устанавливается прежняя, независимо от длительности перерывов в инвалидности.

В тех случаях, когда последствия производственной травмы не влияют на состояние трудоспособности, а возникло новое заболевание или увечье, причина инвалидности должна быть установлена в зависимости от характера вновь возникшего заболевания или увечья.

МРЭК для установления причины инвалидности «трудовое увечье» при необходимости изучаются: справки учреждений здравоохранения, в которых, должно быть указано время оказания медицинской помощи, данные анамнеза, характер травмы и объем медицинской помощи; протоколы органов милиции о дорожно-транспортном происшествии, об участии пострадавшего в спасении человеческой жизни, охране собственности; справки пожарной охраны; справки органов государственной власти и управления о выполнении пострадавшим государственных обязанностей и заданий; справки с места работы, удостоверяющие время начала и окончания работы пострадавшего, адрес места работы; справки о месте жительства и другие документы.

Вынося решение о причине инвалидности «трудовое увечье», МРЭК должна перечислить документы, на основании которых была установлена эта причина.

Работающим у нанимателя или проходящим практику во время учебы детям до 18 лет, получившим при этом повреждение здоровья, связанное с выполнением трудовых обязанностей (профессиональное заболевание), дающее право для определения инвалидности, МРЭК при их освидетельствовании в заключении указывает «ребенок инвалид в связи с трудовым увечьем» (профессиональным заболеванием). Одновременно определяется степень утраты здоровья и степень утраты профессиональной трудоспособности.

Одновременно с определением группы и причины инвалидности МРЭК устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – степень утраты общей трудоспособности в процентах, нуждаемость в дополнительных видах помощи.

Если у инвалида вследствие трудового увечья возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

## Причина инвалидности «Инвалидность с детства»

МРЭК устанавливают причину «инвалидность с детства» в тех случаях, когда вследствие заболевания (увечья), инвалидность наступила до достижения 18 лет.

Для того чтобы определить причину инвалидности - «инвалидность с детства» лицам старше 18 лет необходимо доказать, что она имела место до достижения 18 лет. Для этого МРЭК исходит из данных, отраженных в документах учреждений здравоохранения (выписки из историй болезни, амбулаторных картах, справках о лечении, произведенных операциях, о санаторно-курортном лечении и других). В исключительных случаях при наличии явного анатомического дефекта у освидетельствуемого могут быть приняты во внимание свидетельские показания врачей, лечивших больного, справки местных исполнительных и распорядительных органов и других учреждений, подтверждающие, с какого времени данным анатомическим дефектом страдает больной. В отдельных случаях МРЭК может решить вопрос об установлении причины инвалидности - «инвалидность с детства» - по характеру самой патологии, свидетельствующей, что ее последствия развились без сомнений до достижения 18 лет (последствия полиомиелита, врожденная умственная отсталость, врожденные вывихи бедер и другое).

Наличие заболевания, дефекта или деформации с детства не может быть основанием для установления причины «инвалидность с детства», если указанные заболевания (дефекты, деформации) или их последствия не привели к ограничению жизнедеятельности больного, то есть к инвалидности в возрасте до 18 лет.

Лицам, у которых заболевание (дефект, деформация) хотя и возникло в детстве, но функциональные нарушения выявились уже в период трудовой деятельности, причина инвалидности устанавливается в зависимости от обстоятельств (трудовое увечье, профессиональное заболевание, общее заболевание).

Если ухудшение в состоянии здоровья, приведшее к инвалидности, наступило в результате профессионального заболевания, увечья, связанного с работой, или указанные факторы привели к прогрессированию заболевания, имеющегося с детства, то в этих случаях устанавливается соответствующая причина инвалидности (профессиональное заболевание или трудовое увечье).

### Причина инвалидности «Инвалидность с детства в связи с катастрофой на ЧАЭС»

Освидетельствуя детей до 18 лет, МРЭК при наличии оснований (медицинских показаний) устанавливает инвалидность и определяет степень утраты здоровья ребенка. При этом группа и причина инвалидности не устанавливаются, а выносятся решение - «ребенок-инвалид» и устанавливается степень утраты его здоровья.

При наличии заключения Межведомственного экспертного Совета по установлению причинной связи заболеваний, приведших к инвалидности или смерти у лиц, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС (далее Межведомственный экспертный Совет) о причинной связи заболевания с катастрофой на ЧАЭС, МРЭК выносит заключение «ребенок инвалид в связи с катастрофой на ЧАЭС» и определяет степень утраты здоровья.

За месяц до достижения 18 лет лечебно-профилактические учреждения направляют «ребенка-инвалида» на МРЭК, где ему, при наличии оснований, устанавливается одна из групп инвалидности и ее причина - «инвалидность с детства» («инвалид с детства в связи с катастрофой на ЧАЭС»). При этом решение МРЭК вступает в силу после исполнения ребенку 18 лет.

Продлевая инвалидность при наличии оснований лицам, которым исполнилось 18 лет, МРЭК исходит из заключений Межведомственных экспертных советов о причинной связи заболеваний (увечий) с катастрофой на Чернобыльской АЭС.

**Причина инвалидности «Инвалидность с детства,  
вследствие ранения, контузии или увечья связанных с боевыми  
действиями в период Великой Отечественной войны»  
(либо с последствиями военных действий)**

Данную причину инвалидности МРЭК устанавливает в тех случаях, когда инвалидность наступила в возрасте до 18 лет в связи с травмами, ранениями, увечьями, связанными с боевыми действиями во время Великой Отечественной войны (далее – ВОВ) либо с последствиями боевых действий (ранения в связи с взрывом снаряда, мины, оставшихся на полях сражений со времен ВОВ).

При решении вопроса о связи инвалидности с детства с боевыми действиями в период ВОВ (либо с их последствиями), МРЭК должна исходить из документов учреждений здравоохранения: выписки из историй болезни, амбулаторные карты, справки о лечении, произведенных операциях, справки о санаторно-курортном лечении и другие. Кроме этого, учитываются протоколы органов местных исполнительных и распорядительных органов, органов внутренних дел, справки совхозов, колхозов, решение суда, в которых имеются указания о времени получения травм, увечий, ранений, обстоятельствах их получения, характере и локализации.

При отсутствии медицинских и других документов, МРЭК может при наличии явных анатомических дефектов у освидетельствуемого принять во внимание свидетельские показания врачей, лечивших больного, справки местных исполнительных и распорядительных органов, колхозов, совхозов, подтверждающих, что имеющийся анатомический дефект связан с периодом боевых действий во время ВОВ.

Причина «инвалидность с детства, связанная с боевыми действиями в период ВОВ» устанавливается не только по прямым последствиям, но и по различным осложнениям ранений, травм, увечий (остеомиелит, контрактуры суставов и другое), но только в тех случаях, когда они привели к ограничению жизнедеятельности до достижения 18 лет.

**Причины инвалидности «Заболевание, увечье, вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС»**

МРЭК устанавливают причинную связь инвалидности с катастрофой на Чернобыльской АЭС в соответствии с заключениями Межведомственных экспертных советов и военно-врачебных комиссий (в отношении военнослужащих).

Причинную связь заболевания приведшего к инвалидности либо к смерти кормильца, с катастрофой на Чернобыльской АЭС устанавливают Межведомственные экспертные советы и военно-врачебные комиссии (в отношении военнослужащих).

Причинная связь заболевания приведшего к инвалидности либо к смерти у лиц, принимавших участие в 1986-1987 гг., в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в пределах зоны эвакуации (отчуждения), а также у эвакуированных из этой зоны и не являющихся кормильцами, признается МРЭК без заключения Межведомственных экспертных советов и устанавливается причина инвалидности в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС («заболевание, увечье, вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС»).

Одновременно с определением группы и причины инвалидности в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС МРЭК устанавливает степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (лицам с 18-летнего возраста).

Степень утраты профессиональной трудоспособности при наличии оснований также может устанавливаться без определения группы инвалидности лицам, имеющим удостоверение участника ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в 1986-1987 годах с указанием о предоставлении льгот по статье 19 Закона Республики Беларусь «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Беларускай ССР, 1991 г., № 19 (12), ст 38).

Если у инвалида вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

Причины инвалидности, связанной с военной службой, со службой в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям и органах финансовых расследований

Инвалидность связывается с военной службой, если она наступила:

в период прохождения военной службы;

службы в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям и органах финансовых расследований (далее – военная служба):

не позднее 3-х месяцев со дня увольнения с военной службы;

в любое время после увольнения с военной службы, но вследствие увечья (ранения, травмы – контузии) или заболевания, имевших место в период прохождения военной службы.

При наличии признаков инвалидности разрешается направлять на освидетельствование во МРЭК до увольнения с военной службы военнослужащих, военнообязанных, призванных на военные сборы, лиц, начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям и органов финансовых расследований (далее – военнослужащие).

Инвалидность, наступившая у гражданина в течение трех месяцев со дня увольнения с военной службы, рассматривается как наступившая в период прохождения военной службы. В связи с длительным лечением, проведением необходимого объема реабилитационных мероприятий, срок с момента увольнения с военной службы до момента освидетельствования в МРЭК может превысить три месяца. Поэтому, время наступления инвалидности должно отсчитываться от даты увольнения с военной службы до дня получения увечья (ранения, травмы, контузии) или развития заболевания. Причина инвалидности устанавливается МРЭК в формулировке «Заболевание получено в период военной службы».

Инвалидность, наступившая у гражданина уволенного с военной службы, вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, имевших место в период прохождения временной службы, связывается с военной службой в любое время после увольнения с военной службы.

При определении причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих с военной службой МРЭК руководствуются военно-медицинскими документами (справками, свидетельством о болезни, постановлением военно-врачебных комиссий (врачебно-летной комиссии) (далее ВКК (ВЛК), в которых установлена причинная связь увечий (ранений, травм, контузий) или заболеваний с военной службой.

В случае ненадлежащего оформления военно-медицинских документов, сомнений в правомерности установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний МРЭК направляет эти документы на рассмотрение в соответствующую центральную военно-врачебную комиссию (далее - ЦВВК).

ВВК, ВЛК определяют причинную связь увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с военной службой у граждан, проходивших военную службу при наличии военно-медицинских или медицинских документов за период прохождения военной службы. В отдельных случаях ЦВВК может установить причинную связь заболеваний по медицинским документам после увольнения с военной службы, если имеются основания считать их связанными с условиями прохождения военной службы.

Заключения ВВК о причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний выносятся со следующими формулировками:

1. «военная травма»:

если увечье (ранение, травма, контузия), получено освидетельствуемым в случаях исполнения обязанностей военной службы, при охране государственной границы в мирное время,

а также в результате поражений, обусловленных воздействием радиоактивных веществ, источников ионизирующих излучений, компонентов ракетного топлива и иных высокотоксичных веществ, источников электромагнитного поля и оптических, квантовых генераторов;

если увечье (ранение, травма, контузия), заболевание получены освидетельствуемым в период его участия в боевых действиях (в соответствии с Перечнем стран и периодов боевых действий с участием граждан Республики Беларусь), а также во время участия в вооруженной борьбе с бандформированиями в составе истребительных батальонов, взводов и отрядов защиты народа, действовавших с 1 января 1944 года по 31 декабря 1951 года на территории Украинской ССР, Белорусской ССР и Прибалтийских республик (при наличии удостоверения участника войны), во время пребывания в плену (если военнослужащий, находясь в плену, не совершил преступления против Родины), в период его пребывания на разведывательной и контрразведывательной работе за границей или обусловлены спецификой несения военной службы (профессиональные вредности военного труда), перечень которых утверждается постановлением Совета Министров Республики Беларусь, а также если заболевание, возникшее до указанных событий, за период участия в них достигло степени тяжести, которая изменила категорию годности и привела к негодности (в том числе временной) освидетельствуемого к военной службе, а также при хронических, медленно прогрессирующих заболеваниях при условии, если имеются медицинские документы, позволяющие отнести начало заболевания к периоду участия в этих событиях;

2. «заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия)»:

если заболевание получено военнослужащим (гражданином, призванным на военные сборы) при выполнении работ по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах и испытаниях ядерного оружия) и обусловлено радиационным воздействием.

3. «заболевание получено в период военной службы»:

если заболевание возникло в период прохождения освидетельствуемым военной службы (военных сборов), а также если заболевание, возникшее до призыва на военную службу (военные сборы) или до поступления на военную службу по контракту, в период военной службы (военных сборов), достигло степени тяжести, которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) к военной службе;

если заболевание возникло в период прохождения освидетельствуемым военной службы (военных сборов) в воинских частях и учреждениях, не входивших в состав действующей армии, либо до его убытия для выполнения воинского и служебного долга за границу в период локальных войн и вооруженных конфликтов и служба в этих условиях не оказала влияния на имевшееся заболевание и категорию годности к военной службе;

если увечье (ранение, травма, контузия) получено освидетельствуемым в результате несчастного случая, не связанного с исполнением им обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

если увечье (ранение, травма, контузия) получено в период прохождения военной службы (военных сборов), но на момент медицинского освидетельствования документы об обстоятельствах получения увечья (ранения, травмы, контузии) отсутствуют;

4. «общее заболевание»:

если увечье (ранение, травма, контузия), заболевание возникли у освидетельствуемого до его призыва на военную службу (военные сборы), поступления на военную службу по контракту и в период военной службы (военных сборов), не достигли степени, которая изменяет категорию годности или приводит к негодности (в том числе временной) к военной службе.

При наличии у гражданина, проходившего военную службу (военные сборы) явных телесных повреждений (отсутствие конечности либо ее части, дефекты костей, рубцы после ранений, наличие в тканях (полостях) осколков и другое), полученных в период его участия в

боевых действиях согласно Перечню стран и периодов боевых действий с участием граждан Республики Беларусь, а также во время участия в вооруженной борьбе с бандформированиями в составе истребительных батальонов, взводов и отрядов защиты народа, действовавших с 1 января 1944 года по 31 декабря 1951 года на территориях Украинской ССР, Белорусской ССР и Прибалтийских республик, во время пребывания в плену, имеются военные документы, подтверждающие хотя бы косвенно факт получения телесного повреждения в указанные периоды (служебная характеристика, наградной лист, представление к воинскому званию, аттестация, архивные справки об убытии из части на лечение, прибытие в часть после излечения, материалы спецпроверки и другие), граждане направляются военным комиссариатом на освидетельствование судебно-медицинским экспертом для установления характера и давности телесных повреждений. Определение причинной связи увечья осуществляется ЦВВК.

В этих случаях в ЦВВК представляются:

справка военного комиссариата о прохождении гражданином военной службы (военных сборов) с указанием полного наименования воинских частей, сроков службы в них, сведения об участии в боевых действиях, времени пребывания в плену;

заключение судебно-медицинского эксперта;

военные документы (личные дела, военные билеты, красноармейские книжки, аттестации, боевые и служебные характеристики, наградные материалы, справки органов Комитета государственной безопасности по материалам проверок и другие), косвенно подтверждающие факт увечья (ранение, травма, контузия).

Свидетельские показания о факте и обстоятельствах получения гражданином ранения или травм могут быть приняты во внимание только при получении этого ранения (травмы) в период с начала гражданской войны и по окончании войны с Японией при наличии у освидетельствуемого явных телесных повреждений и при условии, что показания даны двумя свидетелями, проходившими военную службу действующей армии в одной части с освидетельствуемым на момент получения ранения (травмы).

Свидетельские показания не могут являться основанием для установления факта перенесенного заболевания, контузии для граждан, проходивших (проходящих) военную службу (военные сборы).

Инвалидность вследствие ранений, контузий, заболеваний, полученных во время пребывания в партизанских отрядах в годы ВОВ, считается связанной с пребыванием на фронте. Причина инвалидности устанавливается при наличии удостоверения партизана и на основании справок или данных партизанского архива о ранении, контузии, травме или заболевании, полученных во время пребывания в партизанских отрядах, а при отсутствии этих сведений - на основании свидетельских показаний двух партизан, находившихся одновременно в одном партизанском отряде с освидетельствуемым во время получения им ранения (травмы) или медицинского работника, оказывавшего в период военных действий помощь по поводу ранения (травмы).

Свидетельские показания о перенесенных заболеваниях, контузии во время пребывания в партизанских отрядах не принимаются.

У бывших рабочих и служащих Вооруженных Сил (вольнонаемных) гражданских работников транспорта, лиц, привлекавшихся к строительству оборонительных рубежей, разминированию местности, сбору трофеев, участников отрядов самообороны, работников госпиталей и больниц города Ленинграда, объективных и аварийных команд местной противовоздушной обороны периода Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие вражеских действий. Причина инвалидности «военная травма» устанавливается на основании справок о ранении (контузии, увечье, травме) и работе в указанных выше организациях и командах, которые выдаются районными (городскими) военкоматами или по решению суда.

Если у инвалида вследствие военной травмы возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

#### 4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Врачебно-трудовая экспертиза»

##### 4.1. Практические занятия

###### ЗАНЯТИЕ № 1

**ТЕМА: Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов дыхания и кровообращения. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов кровообращения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов дыхания. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов кровообращения.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.
5. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов дыхания.
6. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
7. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ЛИТЕРАТУРА**

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.

4. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

5. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.
6. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.
7. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер-прессервис, 2003. - 480 с.
8. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний: Учебник для студентов образовательных учреждений, обучающихся по специальности 0205 «Социальная работа». - М.: Мастерство, 2002. -256 с.
9. Холостова Е.И. Социальная политика. Учебное пособие. - М.: ИН- ФРА-М, 2001. -204 с.

## ЗАНЯТИЕ № 2

**ТЕМА: Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов пищеварения и эндокринной системы.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов пищеварения и эндокринной системы. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

Для работы необходимы: -

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов пищеварения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях эндокринной системы. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов пищеварения.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.



4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.
5. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях эндокринной системы.
6. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
7. Критерии установления инвалидности.
8. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### ЛИТЕРАТУРА

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.
4. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

5. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.
6. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.
7. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер-прессервис, 2003. - 480 с.
8. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний: Учебник для студентов образовательных учреждений, обучающихся по специальности 0205 «Социальная работа». - М.: Мастерство, 2002. -256 с.
9. Холостова Е.И. Социальная политика. Учебное пособие. - М.: ИН- ФРА-М, 2001. -204 с.

#### ЗАНЯТИЕ № 3

**ТЕМА: Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов мочевого выделения. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов мочевого выделения, при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

Для работы необходимы: -

#### ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов мочевого выделения. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов мочевого выделения.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.
5. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.
6. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
7. Критерии установления инвалидности.
8. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### ЛИТЕРАТУРА

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.
4. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

5. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.
6. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.
7. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер-прессервис, 2003. - 480 с.
8. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний: Учебник для студентов образовательных учреждений, обучающихся по специальности 0205 «Социальная работа». - М.: Мастерство, 2002. -256 с.

**ТЕМА: Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов зрения и слуха. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

Для работы необходимы: -

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ЛИТЕРАТУРА**

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.
4. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

5. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.
6. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.

7. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер- прессервис, 2003. - 480 с.

## ЗАНЯТИЕ № 5

**ТЕМА: Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях нервной системы.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях нервной системы. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

Для работы необходимы: -

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:**

Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях нервной системы. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях нервной системы.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ЛИТЕРАТУРА**

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.
4. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

5. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.

6. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.
7. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер-пресссервис, 2003. - 480 с.
8. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний: Учебник для студентов образовательных учреждений, обучающихся по специальности 0205 «Социальная работа». - М.: Мастерство, 2002. -256 с.

## ЗАНЯТИЕ № 6

**ТЕМА: Врачебно-трудовая экспертиза при психических заболеваниях.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины временной и стойкой утраты трудоспособности при психических заболеваниях. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

Для работы необходимы: -

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:**

Временная и стойкая утрата трудоспособности при психических заболеваниях. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Временная и стойкая утрата трудоспособности при психических заболеваниях.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ЛИТЕРАТУРА**

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.
4. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

5. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.
6. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.
7. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер-прессервис, 2003. - 480 с.

## ЗАНЯТИЕ № 7

**ТЕМА: Инвалиды детства. Особенности врачебно-трудовой экспертизы.**

*Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.*

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить причины инвалидности детей. Развивать и совершенствовать навыки работы с литературными источниками и электронными ресурсами. Добиться свободного изложения научно-теоретических положений, развития самостоятельного мышления, умения отстаивать свое мнение.

**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ:** практическое занятие.

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:**

Для работы необходимы: -

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ:**

Причины инвалидности детей. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Причины инвалидности детей.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
3. Критерии установления инвалидности.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

**ЛИТЕРАТУРА**

*Основные учебные пособия:*

1. Лекционный материал
2. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 320 с.
3. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

*Дополнительные учебные пособия:*

4. Камаев И.А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 302 с.
5. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа»/Под ред. Т.В. Зозули. - Москва: Академия, 2005. - 304 с.
6. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интер-прессервис, 2003. - 480 с.

#### **4.2 ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ**

1. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов кровообращения.
2. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях органов кровообращения.
3. Критерии установления инвалидности при заболеваниях органов кровообращения.
4. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях органов кровообращения.
5. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов дыхания.
6. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях органов дыхания.
7. Критерии установления инвалидности. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях органов дыхания.
8. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов пищеварения.
9. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях органов пищеварения.
10. Критерии установления инвалидности при заболеваниях органов пищеварения.
11. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях органов пищеварения.
12. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях эндокринной системы.
13. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях эндокринной системы.
14. Критерии установления инвалидности при заболеваниях эндокринной системы.
15. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях эндокринной системы.
16. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях органов мочевого выделения.
17. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях органов мочевого выделения.
18. Критерии установления инвалидности при заболеваниях органов мочевого выделения.
19. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях органов мочевого выделения.
20. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.
21. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.

22. Критерии установления инвалидности при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.
23. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.
24. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.
25. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.
26. Критерии установления инвалидности при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.
27. Особенности обследования и направление на ВТЭК при заболеваниях и травмах органов зрения и слуха.
28. Причины временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях нервной системы.
29. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при заболеваниях нервной системы.
30. Критерии установления инвалидности при заболеваниях нервной системы. Особенности обследования и направление на ВТЭК.
31. Временная и стойкая утрата трудоспособности при психических заболеваниях.
32. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства при психических заболеваниях.
33. Критерии установления инвалидности при психических заболеваниях.
34. Особенности обследования и направление на ВТЭК при психических заболеваниях.
35. Причины инвалидности детей. Оценка трудоспособности, особенности трудоустройства.
36. Критерии установления инвалидности детей. Особенности обследования и направление на ВТЭК.

#### **4.3 ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях и органах здравоохранения
2. Организация работы и функции врачебно-консультативной комиссии (ВКК) в лечебно-профилактических учреждениях
3. Порядок выдачи больничных листов беременным и кормящим женщинам
4. Порядок выдачи больничных листов и справок по уходу за больными членами семьи и по карантину
5. Порядок выдачи больничных листов для санаторно-курортного лечения
6. Порядок выдачи заключений ВКК лечебно-профилактических учреждений при трудоустройстве и переводе на более легкую работу
7. Экспертиза стойкой нетрудоспособности
8. Врачебно-трудовая экспертиза при психических заболеваниях и нервной системы
9. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях ССС и органов дыхания
10. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях органов пищеварения и эндокринной системы
11. Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата
12. Инвалиды детства. Особенности врачебно-трудовой экспертизы



## 5. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для обеспечения данной дисциплины необходимы: видеофильмы, рисунки, фотографии.

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### *Основная*

1. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учебное пособие для специалистов по социальной работе/ Курская государственная медицинская академия. - Ростов на Цону: Феникс, 2002. - 320 с.
2. Гиткина Л.С. Зборовский Э.И., Колбанов В.В. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Метод, рекомендации. - Мн., 1995.-16 с.
3. Руководство по оценке ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности / под ред. В.Б. Смычка. - Мн., 2003. - 96 с.
4. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. А.И. Осадчих. - М., 1999. - Т. I - 198 с.
5. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М.В. Коробова, В.Г. Помникова. - СПб.: Гиппократ, 2003. - 800с
6. Холостова Е.И. Социальная политика. Учебное пособие. - М.: ИН- ФРА-М, 2001. -204 с.
7. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Социальная работа». - 2-е изд. - М.: Дашков и К., 2003 (У). - 340 с.

### *Дополнительная*

8. Брицко Н.П., Хейфец А.С. Экспертиза временной нетрудоспособности. - Москва: Медицина, 1988. -368 с.
9. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов: Метод, пособие ' ФЦЭРИ. - М., 1995. - 320 с.
10. Ген Е.Е. Основы медицинских знаний: Учебник для студентов образовательных учреждений, обучающихся по специальности 0205 «Социальная работа». - М.: Мастерство, 2002. -256 с.
11. Социальные льготы и пособия: Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь/Составитель Г.В. Лосев. - Мн.: Интерпрессер- зис, 2003.-480 с.