

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения**

**Я. И. БУДНИК, Т. М. ШАРШАКОВА**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 4–5 курсов  
лечебного, медико-диагностического факультетов  
медицинских вузов**

**Гомель  
ГомГМУ  
2017**

УДК 61:340.6(072)

ББК 3\*51.1 я 73

Б 90

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения  
Гродненского государственного медицинского университета

***Е. М. Тищенко;***

кандидат медицинских наук, доцент,  
директор Института радиобиологии НАН Беларуси

***И. А. Чешик***

**Будник, Я. И.**

Б90 Организация медицинской экспертизы: учеб.-метод. пособие для студентов 4–5 курсов лечебного, медико-диагностического факультетов медицинских вузов / Я. И. Будник, Т. М. Шаршакова. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 44 с.

ISBN 978-985-506-880-9

Учебно-методическое пособие содержит современные материалы по вопросам теоретических аспектов медицинской экспертизы, основные нормативно-правовые документы и принципы организации экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в современных условиях. Соответствует учебному плану и типовой учебной программе по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Предназначено для студентов 4–5 курсов лечебного, медико-диагностического факультетов медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 июня 2016 г., протокол № 3.

**УДК 61:340.6(072)**

**ББК 3\*51.1 я 73**

ISBN 978-985-506-880-9

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2017

## **СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

<b>ВКК</b>	—	врачебно-консультивная комиссия
<b>ЛН</b>	—	листок нетрудоспособности
<b>МРЭК</b>	—	медико-реабилитационные экспертные комиссии
<b>МЭ</b>	—	медицинская экспертиза
<b>ВН</b>	—	временная нетрудоспособность
<b>СВН</b>	—	справка о временной нетрудоспособности
<b>ЭВН</b>	—	экспертиза временной нетрудоспособности
<b>ЗВУТ</b>	—	заболеваемость с временной утратой трудоспособности

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	5
1. Виды медицинских экспертиз .....	6
2. Организация экспертизы временной нетрудоспособности .....	7
2.1. Законодательные документы, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности .....	7
2.2. Временная нетрудоспособность: определение, критерии, виды, основные причины. Экспертиза временной нетрудоспособности .....	9
2.3. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность .....	11
2.4. Функции лечащего врача при экспертизе временной нетрудоспособности .....	16
2.5. Функции заведующего отделением при экспертизе временной нетрудоспособности .....	17
2.6. Врачебно-консультационная комиссия .....	18
2.7. Показатели, характеризующие уровни и структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности .....	20
3. Организация медико-социальной экспертизы .....	21
3.1. Законодательные документы, регламентирующие порядок проведения медико-социальной экспертизы .....	21
3.2. Инвалид, инвалидность, ограничение жизнедеятельности: определение, критерии, основные причины. Медико-социальная экспертиза .....	22
3.3. Медико-реабилитационные экспертные комиссии: виды, состав, функции .....	24
3.4. Порядок освидетельствования пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии .....	26
3.5. Группы инвалидности у взрослых .....	29
3.6. Степени утраты здоровья у детей, характеристика .....	31
3.7. Медицинская документация медико-реабилитационной экспертной комиссии .....	32
3.8. Показатели инвалидности, методика вычисления .....	32
3.9. Показатели реабилитации инвалидов, методика вычисления .....	33
Алгоритм решения задач по экспертизе временной нетрудоспособности .....	35
Ситуационные задачи .....	38
Приложение 1. Листок нетрудоспособности .....	39
Литература .....	41

## ВВЕДЕНИЕ

Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности являются основными характеристиками общественного здоровья. Уровень заболеваемости и инвалидности позволяет оценить степень утраты здоровья и величину связанного с ним экономического ущерба, выделить приоритетные, требующие наибольшего внимания со стороны общества, государства и медицинских работников, направления.

По данным Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь в 2014 г. в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами 20 573 чел. трудоспособного возраста.

Уровень первичной инвалидности (ПИ) среди населения трудоспособного возраста в целом по республике за 2014 г. составил 37,63 на 10 тыс. населения, что на 5,4 % ниже уровня предыдущего года (39,79 на 10 тыс. населения). В нозологической структуре ПИ населения трудоспособного возраста наибольший удельный вес имели: болезни системы кровообращения — 28,6 % (уровень ПИ — 10,74 на 10 тыс. населения), новообразования — 28,4 % (10,68 на 10 тыс. населения), травмы — 9,2 % (3,47 на 10 тыс. населения), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 7,9 % (2,99 на 10 тыс. населения).

Следует отметить, что в 2014 г. уровень первичной инвалидности вследствие многих заболеваний среди населения трудоспособного возраста снизился, за исключение двух классов болезней, по которым отмечено увеличение показателей: врожденные аномалии (на 12,0 %, с 0,25 на 10 населения в 2013 г. по 0,28 на 10 тыс. населения в 2014 г.) и новообразования (на 0,5 %, с 10,63 на 10 тыс. населения в 2013 г. по 10,68 на 10 тыс. населения в 2014 г.)

Уровень трудопотерь вследствие временной нетрудоспособности (ВН) в 2014 г. составил 745,9 дня на 100 работающих, что ниже прошлогоднего показателя на 11,9 % (показатель 2013 г. — 834,9 дня на 100 работающих). Число случаев за 2014 г. снизилось на 18,4 % (с 85,0 на 100 работающих в 2013 г. по 71,4 на 100 работающих в 2014 г.). Средняя длительность одного случая в 2014 г. составила 10,4 дня (показатель вырос на 5,5 % по сравнению с предыдущим годом — показатель 2013 г. был равен 9,8 дней).

Основными причинами, приводящими к временной нетрудоспособности, являются: болезни органов дыхания (22,1 %), травмы (17,5 %), уход за больными (17,4 %), болезни костно-мышечной системы (12,2 %), болезни кровообращения (7,2 %) и новообразования (5,1 %).

Студенты высших медицинских учреждений образования изучают дисциплину «Общественное здоровье и здравоохранение» в соответствии с образовательным стандартом «Высшее образование», типовой и учебной программами. Особая значимость в этом придается теме «Организация медицинской экспертизы».

Экспертиза — это исследование и разрешение каких-либо вопросов лицами, обладающими специальными знаниями в данной области.

Медицинская экспертиза является одной из функций лечащего врача.

Основные виды экспертизы в организациях здравоохранения — ЭВН, поскольку все лечащие врачи в повседневной деятельности сталкиваются с ее необходимостью, и медико-социальная экспертиза (МСЭ), так как даже адекватное лечение не всегда приводит к полному восстановлению нарушенных функций организма. Эти виды медицинской экспертизы взаимосвязаны, и иногда один вид экспертизы продолжает другой.

## 1. ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

**Медицинская экспертиза** — проводимое в установленном порядке исследование с целью определения состояния здоровья человека, в т. ч. факта ВН, причины и группы инвалидности, и определение медицинских показаний к социальной помощи.

Виды медицинских экспертиз:

**1) ЭВН** — медицинская экспертиза права освідетельствуемого лица на освобождение от работы (учебы) по медицинским, социальным или профилактическим показаниям, проведенная в соответствии с действующим законодательством;

**2) медико-социальная экспертиза (экспертиза нарушений жизнедеятельности пациентов)** — медицинская экспертиза потребностей освідетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки имеющихся ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, проведенная в соответствии с действующим законодательством;

**3) медицинское освідетельствование пациентов** — проводится в случаях необходимости установления или подтверждения факта наличия или отсутствия у лица заболевания, представляющего опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека, факта употребления алкоголя, факта потребления наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, и в иных случаях, установленных законодательными актами Республики Беларусь;

**4) военно-врачебная экспертиза** — медицинская экспертиза, проводимая с целью определения годности граждан Республики Беларусь по состоянию здоровья к воинской службе, службе в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям, органах финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, других войсках и воинских формированиях, создаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь, а также в целях определения причинной связи заболеваний, в том числе травм, ранений, увечий и контузий, с прохождением военной службы, службы в резерве, специальных и военных сборов в Вооруженных Силах Республики Беларусь,

службы в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям, органах финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, других войсках и воинских формированиях, создаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

**5) судебно-медицинская экспертиза** — медицинская экспертиза, занимающаяся в установленном законодательством порядке рассмотрением и разработкой вопросов медицины и биологии, возникающих в судебно-следственной практике, которые подлежат экспертной оценке судебно-медицинского эксперта (экспертов);

**6) судебно-психиатрическая экспертиза** — медицинская экспертиза, проводимая с целью установления психического состояния лица по уголовным и гражданским делам, делам об административных правонарушениях, делам, связанным с осуществлением предпринимательской и иной хозяйственной деятельности, материалам проверок по заявлениям (сообщениям) о преступлениях, а также в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Беларусь;

**7) независимая медицинская экспертиза** — медицинская экспертиза, проводимая по заявлению пациента при его несогласии с заключением медико-реабилитационной экспертной комиссии или военно-врачебной экспертизы, когда проводящие экспертизу эксперт либо члены экспертной медицинской комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от организации или комиссии, ранее проводивших медицинскую экспертизу, а также от государственных органов, иных организаций, должностных и физических лиц, заинтересованных в ее результатах.

**8) иные виды медицинских экспертиз**, проводимые в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

## **2. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

### **2.1. Законодательные документы, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности**

#### ***Нормативно-правовые документы регламентирующие проведение ЭВН:***

- Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» с изменениями и дополнениями от 2014 г.;
- Указ Президента Республики Беларусь «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан» от 26.04.2010 г.;
- Закон Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей» от 29.12.2012 г.;
- Инструкция о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденная Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 105;

- Инструкция о порядке использования бланков листов нетрудоспособности, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 106;

- Инструкция о некоторых вопросах выдачи и оформления листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденная Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 107/67;

- Инструкция о порядке использования и бухгалтерского учета бланков строгой отчетности, утвержденная постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 18.12.2008 г. № 196 «Об утверждении Инструкции о порядке использования и бухгалтерского учета бланков строгой отчетности, признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства финансов Республики Беларусь»;

- Положение о порядке обеспечения пособиями по временной нетрудоспособности и по беременности и родам, утвержденное Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28.06.2013 г. № 569;

- Положение о деятельности врачебно-консультационной комиссии государственной, в т.ч. ведомственной организации здравоохранения, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.07.2012 № 799 «О некоторых вопросах деятельности врачебно-консультационной комиссии»;

- Постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь «Об утверждении формы государственной статистической отчетности 4 — нетрудоспособность (Минздрав) „Отчет о причинах временной нетрудоспособности и указаний по ее заполнению”» от 08.10.2012 г. № 164.

#### ***Приказы руководителя организации здравоохранения по ЭВН:***

- 1) приказ, регламентирующий организацию и проведение ЭВН, в котором определены: лицо, ответственное за организацию ЭВН в организации здравоохранения (заместитель главного врача по МЭ и реабилитации; обязанности врачей, осуществляющих проведение ЭВН);

- 2) приказ, регламентирующий организацию ВКК в организации здравоохранения, включающий: положение о ВКК, состав ВКК, функции ВКК, график работы ВКК.

- 3) приказ по организации учета, хранения и выдачи бланков строгой отчетности (общий приказ) и приказ по организации учета, хранения и выдачи бланков ЛН, в которых определены:

- порядок поступления бланков в организацию здравоохранения, включающий составление заявки на получение бланков, определение конкретной даты получения бланков, назначение ответственного лица;

- организация учета поступивших в организацию бланков, места их хранения, выдачи бланков и контроль их использования, учета испорченных ЛН и документов, взамен которых выдавались ЛН;

- организация контроля учета и хранения бланков, его периодичность, действенность (в т. ч. списания и уничтожения);
- перечень лиц, ответственных за получение, хранение, использование, учет бланков;
- 4) приказ о присвоении кодовых номеров врачам, имеющим право на проведение ЭВН;
- 5) приказ по проведению зачета у врачей по вопросам ЭВН;
- б) должностные инструкции лиц, участвующих в организации и проведении ЭВН.

## **2.2. Временная нетрудоспособность: определение, критерии, виды, основные причины. Экспертиза временной нетрудоспособности**

**Трудоспособность** — состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет человеку выполнять свои профессиональные обязанности (работу определенного объема и качества). При оценке трудоспособности учитываются медицинский и социальный критерии.

Нарушение трудоспособности обусловлено биологическими, медицинскими факторами — болезненным состоянием организма. При оценке состояния трудоспособности учитывают диагноз, стадию и течение заболевания, наличие и характер осложнений, степень функциональных нарушений, клинический прогноз.

Социальный критерий включает характеристику профессии, должности, степени преобладания физического или нервно-психического напряжения, длительность рабочего дня, сменный характер труда, условия работы, трудовой прогноз, социальный статус чело века, семейное положение и т. д.

**Временная нетрудоспособность** — установленная медицинским работником и (или) ВКК организации здравоохранения невозможность временно выполнять пациентом (лицом, осуществляющим уход) работу (службу, учебу) в связи с возникновением у него одного из видов ВН.

Основной критерий ВН — обратимость функциональных нарушений, благоприятный клинический и трудовой прогноз. Это означает полное восстановление или значительное улучшение нарушенных функций организма с восстановлением трудоспособности в сравнительно короткий срок. Не всякое болезненное состояние ведет к нарушению трудоспособности. Многие заболевания, особенно в начальном периоде, не приводят к необходимости прекращения работы. Если труд пациенту не противопоказан, а заболевание не причиняет вреда окружающим, нетрудоспособность не определяется.

Установление факта ВН гарантирует гражданину определенные права: право освобождения от работы и право на получение пособия за счет средств государственного социального страхования.

**Вид** ВН — причина, по которой пациент либо лицо, осуществляющее уход за больным членом семьи, не может продолжить работу (службу, учебу).

#### Виды ВН:

- заболевание общее;
- заболевание профессиональное;
- производственная травма;
- травма в быту;
- последствия травмы в быту;
- последствия производственной травмы;
- уход за больным членом семьи, в том числе за больным ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет);
- 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;
- уход за ребенком в случае смерти матери в родах (в после родовом периоде);
- уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае санаторно-курортного лечения;
- уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации;
- болезнь лица, фактически осуществляющего уход;
- протезирование, осуществляемое в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации;
- протезирование, осуществляемое в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанное с травмой в быту или производственной травмой;
- карантин;
- беременность и роды в связи с беременностью и родами, в том числе наступившими до 30 недель беременности (27 недель беременности у женщин, постоянно (преимущественно) проживающих и (или) работающих, проходящих службу, обучающихся на территории радиоактивного загрязнения), а также усыновлением (удочерением), установлением опеки над ребенком в возрасте до 3 месяцев.

**Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН)** — вид медицинской деятельности, целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества проводимого лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также факта, вида и срока временной утраты трудоспособности.

ЭВН представляет собой развернутый многоэтапный и многоуровневый процесс, начинающийся от момента обращения пациента за медицинской помощью и заканчивающийся оценкой результатов проведенного лечения.

**Задачами ЭВН являются:**

- определение необходимости и сроков временного освобождения пациента (лица, осуществляющего уход) от работы (службы, учебы);
- определение необходимости временного или постоянного перевода пациента на другую работу (службу);
- определение вида ВН;
- определение необходимости направления пациента (лица, нуждающегося в уходе) в установленном законодательством Республики Беларусь порядке на медико-социальную экспертизу (экспертизу нарушений жизнедеятельности пациентов) (МСЭ) или военно-врачебную экспертизу.

При экспертизе ВН определяется вид ВН, дата наступления и срок ВН пациента (лица, осуществляющего уход), предписывается один из следующих видов режима: амбулаторный, стационарный, санаторный, реабилитационный.

Срок ВН пациента (лица, осуществляющего уход) определяется с учетом степени функциональных нарушений органов и систем организма пациента (лица, нуждающегося в уходе), нарушений жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности, индивидуальных особенностей течения заболевания (травмы), сроков оказания медицинской помощи, характера работы и условий ее выполнения, служебных обязанностей, а также ориентировочных сроков ВН при данном заболевании (травме).

Вид ВН определяется в зависимости от медицинских и иных причин и оснований, установленных законодательством Республики Беларусь, при наступлении которых выдаются документы, удостоверяющие ВН.

### **2.3. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность**

Временная нетрудоспособность удостоверяется ЛН и СВН. Основное отличие ЛН от СВН в выполняемых функциях.

#### **Функции ЛН:**

- **медицинская** — в ЛН указывается диагноз заболевания (код по МКБ-10), режим, длительность ВН;
- **юридическая** — ЛН законодательно подтверждает временное освобождение граждан от работы, учебы, службы и другой трудовой деятельности и обосновывает право невыхода пациента на работу;
- **финансовая** — гарантирует нетрудоспособному лицу право на получение пособия из средств государственного социального страхования;
- **статистическая** — ЛН является основным учетным документом для составления ведомственного отчета «Сведения о причинах временной нетрудоспособности».

Справка о временной нетрудоспособности несет три из перечисленных функций, исключена финансовая функция.

Листок и справка имеют единую форму для заполнения и кодирования, но напечатаны на разной бумаге. Бланки ЛН — документы с определенной степенью защиты, учитываются и хранятся как бланки строгой от-

четности. Ответственность за получение, хранение и распределение бланков, учет и отчетность по ним несут руководители организаций здравоохранения.

В медицинских организациях ведется точный количественный учет документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Получение бланков организациями здравоохранения осуществляется ежегодно в необходимом количестве, не превышающем двухгодичный запас. Поступившие бланки оприходуются материально-ответственным лицом в приходно-расходной книге по учету бланков ЛН. Информация о передаче бланков ответственным исполнителям вносится материально-ответственным лицом в приходно-расходную книгу, в которой также отражается вся информация о движении (получении, выдаче, возврате) бланков, при этом каждая операция регистрируется отдельной строкой.

В организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе медицинское обслуживание пациентов на дому, организуется *нецентрализованная* система выдачи ЛН (СВН).

При нецентрализованной системе выдачи документов, удостоверяющих ВН, их регистрация осуществляется в журнале регистрации выданных ЛН и журнале регистрации выданных СВН после их выдачи нетрудоспособным лицам по формам согласно приложениям 1 и 2 к Инструкции о некоторых вопросах выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 107/67.

В организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и не осуществляющих медицинское обслуживание пациентов на дому, организуется *централизованная* система выдачи ЛН (СВН).

При централизованной системе выдачи ЛН (СВН) их регистрация осуществляется в журнале регистрации выданных ЛН (СВН) до момента их выдачи нетрудоспособным лицам.

При выдаче ЛН врач регистрирует в «Журнале регистрации листков нетрудоспособности» (ф. 036/у), выданные ЛН с указанием паспортных данных пациента, места работы, диагноза.

При закрытии ЛН врачом после отметки в «Книге (журнале) регистрации листков нетрудоспособности» на ЛН ставится печать УЗ «Для листков нетрудоспособности и справок».

Учет справок о ВН ведется отдельно. Испорченные бланки хранятся в отдельной папке с описью, уничтожение их производится по акту комиссии в конце календарного года.

По окончании случая ВН или бланка ЛН закрытый ЛН представляется работником по месту работы для назначения пособия по ВН, по беременности и родам из фонда социальной защиты населения.

***Порядок выдачи листков нетрудоспособности и справок.***

ЛН выдаются:

- 1) работающим лицам любых организационно-правовых форм;
- 2) лицам, занимающимся предпринимательской и иной деятельностью, частным нотариусам;
- 3) безработным, состоящим на учете в органах по труду, занятости и социальной защите местных исполнительных и распорядительных органов, в период выполнения ими общественных работ;
- 4) лицам, работающим в организациях государств — участников СНГ в случае возникновения у них временной нетрудоспособности в период пребывания на территории Республики Беларусь.

СВН выдаются:

- безработным, состоящим на учете в органах по труду, занятости и социальной защите местных исполнительных и распорядительных органов;
- военнослужащим, лицам рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, органов Комитета государственной безопасности Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь;
- лицам, у которых ВН вследствие заболевания или травмы наступила в течение 30 календарных дней после прекращения трудового договора;
- лицам, получающим общее среднее, профессионально-техническое, среднее специальное, высшее, послевузовское образование, проходящим подготовку в клинической ординатуре, а также профессиональную подготовку, переподготовку и обучающиеся курсы (за исключением лиц, проходящих профессиональную подготовку, переподготовку по направлению организаций);
- лицам, осуществляющим уход за больным ребенком в возрасте до 14 лет при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, если ребенок нуждается в уходе по истечении 14-дневного срока, удостоверенного ЛН;
- лицам, осуществляющим уход за больным ребенком, достигшим 14-летнего возраста, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, если ребенок по заключению ВКК нуждается в уходе по истечении 7-дневного срока, удостоверенного ЛН;
- лицам, осуществляющим уход за больным ребенком, достигшим 14-летнего возраста, при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, на период, в течение которого ребенок по заключению ВКК нуждается в уходе;

- лицам, осуществляющим уход за ребенком в возрасте до 10 лет, в период карантина в учреждении дошкольного или общего среднего образования;

- лицам, направленным на принудительное лечение по решению суда (кроме лиц, страдающих психическими расстройствами);

- лицам, у которых ВН наступила в периоды нахождения под арестом, в лечебно-трудовых профилакториях, проведения медицинской судебной экспертизы, отстранения от работы в случаях, предусмотренных ст. 49 Трудового кодекса Республики Беларусь.

Освобождение пациента от работы по болезни предоставляется со дня установления ВН, в т. ч. в выходные и праздничные дни, в день увольнения, в период отпусков (трудового, социального) до восстановления трудоспособности или до установления инвалидности.

Длительно болеющие независимо от клинического и трудового прогноза направляются на освидетельствование в МРЭК не позднее 120 дней со дня наступления нетрудоспособности по одному или разным заболеваниям (травмам) либо не позднее 150 календарных дней с перерывами за последние 12 месяцев по одному или родственным заболеваниям. Если по заключению МРЭК нет оснований считать пациента инвалидом и принято решение о продолжении лечения, то ЛН подлежит продлению на срок, необходимый для полного восстановления трудоспособности (при обязательном контроле ВКК не реже 1 раза в месяц). Срок не может превышать год.

ЛН выдаются лечащим врачом после личного осмотра пациента, а в установленных случаях — врачебно-консультационной комиссией, по предъявлению паспорта или иного документа, удостоверяющего личность пациента, по месту жительства, работы, учебы, службы или по месту закрепления для медицинского обслуживания. При обращении за медицинской помощью в учреждение здравоохранения вне места постоянного обслуживания ЛН выдается только с разрешения главного врача.

Заведующие отделениями и заместители главного врача могут выдавать ЛН только в случаях, когда они исполняют обязанности лечащего врача.

В организации здравоохранения, где нет врача, предоставляется право выдачи ЛН фельдшеру, акушерке, помощнику врача управлениями здравоохранения областных исполнительных комитетов, комитетом по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета по согласованию с региональными управлениями Фонда социальной защиты населения.

Студентам 6-го курса государственных медицинских учреждений высшего образования, фельдшерам здравпунктов, помощникам врача в период эпидемического подъема инфекционной заболеваемости предоставляется право выдачи ЛН на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Фондом социальной защиты населения.

К медицинским учреждениям здравоохранения, которые могут выдавать ЛН, относятся не только государственные, но негосударственные организации здравоохранения. К ним, в частности, относятся: больницы, госпитали, медико-санитарные части, диспансеры, родильные дома, центры, поликлиники, амбулатории, клиники медицинского учреждения образования, протезно-ортопедические восстановительные центры, медицинские научно-практические центры, медицинские реабилитационные центры, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты. Выдавать ЛН могут также врачи, осуществляющие консультативный прием, врачи приемных отделений больниц, диагностических центров, центров спортивной медицины.

Не имеют права на выдачу ЛН врачи санаториев-профилакториев, МРЭК, ЦГЭ, станций скорой помощи, станций переливания крови.

Лицам, работающим у нескольких нанимателей, ЛН выдаются в количестве, необходимом для предъявления по каждому месту работы.

Выдается, продлевается и закрывается ЛН в одном учреждении здравоохранения. Выдача, продление и оформление ЛН фиксируются врачом или ВКК в первичной медицинской документации.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях ЛН выдается пациенту в день установления ВН.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях ЛН выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением в день выписки за период со дня госпитализации по день выписки. Если к моменту выписки из стационара трудоспособность пациента восстановилась, ЛН выдается по день выписки включительно. ЛН может быть продлен отдельной строкой на 1 день на время проезда в связи с удаленностью организации здравоохранения от места жительства (места пребывания) пациента.

Если к моменту окончания лечения в стационаре трудоспособность пациента не восстановилась, ЛН продлевается на срок до 3 календарных дней, а при длительной ВН в случае отсутствия медицинских показаний к частым врачебным осмотрам ЛН продлевается одновременно на срок до 10 календарных дней включительно. В выписке из медицинской карты стационарного пациента указываются номер ЛН, период освобождения от работы и назначенная дата явки на прием к врачу.

В случае утери пациентом ЛН ВКК учреждения здравоохранения выдает дубликат ЛН взамен утерянного. Выдача дубликата ЛН производится на основании документа, удостоверяющего личность пациента, и медицинских документов, имеющихся в учреждении здравоохранения. В верхней части ЛН справа производится запись «Взамен утерянного, серия № \_».

В случае порчи ЛН ВКК организации здравоохранения выдает ЛН взамен испорченного. Решение ВКК при выдаче ЛН взамен испорченного, его серия и номер указываются в медицинских документах пациента.

В случае нарушения порядка учета, выдачи, оформления и хранения листов нетрудоспособности и справок работники организаций здравоохране-

ния привлекаются к дисциплинарной, материальной и административной ответственности, а если в их действиях выявлены признаки преступления — к уголовной ответственности в соответствии с законодательством.

#### **2.4. Функции лечащего врача при экспертизе временной нетрудоспособности**

*Лечащим врачом* является врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в организации здравоохранения. Руководители организаций здравоохранения закрепляют пациентов с их согласия за лечащими врачами.

##### ***Лечащий врач обязан:***

1. На основании данных всестороннего медицинского освидетельствования пациента, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой работы, условий труда решать вопрос о ВН в случаях заболеваний и травм, необходимости ухода за ребенком в возрасте до 3-х лет в случае болезни матери, а также получения отпуска по беременности и родам и др.

2. Выдавать ЛН в пределах 10 дней единовременно или по частям. Продление ЛН (СВН) сверх этого срока проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии с заместителем главного врача по медико-социальной экспертизе и медицинской реабилитации или с заместителем главного врача по медицинским вопросам или с заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи, либо с главным врачом.

3. Устанавливать дату явки на прием.

4. Представлять больного в любой срок ВН на консультацию заведующему отделением или заместителю главного врача по медико-социальной экспертизе и медицинской реабилитации на ВКК в неясных и конфликтных случаях.

5. Представлять совместно с заведующим отделением длительно болеющих на ВКК через 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН и больных, имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности независимо от продолжительности болезни, для решения вопроса о направлении их на освидетельствование в 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 ВН

7. Изучать ВН за последние 12 месяцев по данному или родственным заболеваниям.

8. Фиксировать в дневниках медицинской карты амбулаторного больного объективные данные, послужившие основанием для выдачи ЛН (СВН), назначенные диагностические, лечебные и оздоровительные меро-

приятия, рекомендуемый режим, номер ЛН (СВН), отметки о его продлении или закрытии. В листке учета ВН медицинской карты отмечать дату выдачи ЛН, первичный диагноз, а при закрытии — окончательный диагноз и срок ВН.

9. Делать отметки в ЛН при нарушении больным режима, предписанного врачом.

10. Своевременно выявлять больных, нуждающихся в проведении реабилитации, и направлять их на ВКК.

11. Давать рекомендации о нуждаемости в санаторно-курортном лечении, лечении в санатории-профилактории и диетическом питании.

12. Проводить ежедневный учет количества выдаваемых ЛН (СВН) и анализировать сроки ВН при основных заболеваниях, а также структуру (причины) ВН на своем участке.

13. Анализировать первичный выход на инвалидность и причины наступления утраты трудоспособности у больных участка.

14. Проводить шифровку закрытых ЛН.

15. Анализировать ЗВУТ и инвалидность в прикрепленных предприятиях и совместно с хозяйственными и профсоюзными органами принимать участие в разработке мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности.

## **2.5. Функции заведующего отделением при экспертизе временной нетрудоспособности**

### ***Заведующий отделением обязан:***

1. Осуществлять организационно-методическое руководство и контроль за работой лечащих врачей по экспертизе трудоспособности, реабилитации, профилактике заболеваемости и инвалидности. Разрабатывать мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности.

2. Осуществлять консультации больных в сложных случаях в отношении определения трудоспособности в первые дни заболевания.

3. Проводить ежедневный контроль за обоснованностью выдачи ЛН (СВН) в первые 10 дней от начала ВН, соблюдением правил их оформления и выдачи.

4. Проводить совместно с лечащим врачом после личного осмотра больного продление ВН свыше 10 дней.

5. Выдавать совместно с лечащим врачом ЛН (СВН) 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.

6. Своевременно выявлять и направлять на ВКК пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, организовывать и контролировать ее проведение.

7. При длительной ВН совместно с лечащим врачом направлять амбулаторных и стационарных больных на ВКК через 30, 60, 90 и 105 дней от начала ВН, 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 ВН, средней длительности случая при различных заболеваниях (травмах).

10. Проводить экспертную оценку качества лечебно-диагностического процесса и реабилитации у всех больных, направленных на МРЭК, для продления лечения.

11. Проводить систематический контроль и разбор наиболее часто встречающихся ошибок в выдаче, продлении и оформлении ЛН (СВН), сроков ВН, своевременности направления на МРЭК, обоснованности продления ВН с санкции МРЭК.

12. Проводить мероприятия по повышению квалификации врачей отделения по вопросам экспертизы ВН и реабилитации.

## **2.6. Врачебно-консультационная комиссия**

**Врачебно-консультационная комиссия (ВКК)** создается в организации здравоохранения с целью:

- комиссионного рассмотрения и принятия решений по вопросам осуществления медицинской экспертизы, медицинской реабилитации;
- оценки качества оказания медицинской помощи и осуществления контроля за оказанием помощи пациентам, направляемым на ВКК;
- комиссионной оценки состояния здоровья пациентов для выдачи заключений ВКК.

В состав ВКК входит председатель (заместитель главного врача по медицинской экспертизе и реабилитации, а при его отсутствии — заместитель главного врача по медицинской части или главный врач) и члены — заведующий отделением и лечащий врач пациента. При необходимости на заседания ВКК могут привлекаться соответствующие специалисты лечебной организации, сотрудники медицинских университетов.

На ВКК пациенты направляются лечащим врачом, заведующим отделением.

### **Функции ВКК:**

- контроль обоснованности выдачи и продления ЛН и СВН;
- выдача и продление ЛН и СВН в порядке и сроки, установленные законодательством РБ;
- обязательные плановые медицинские освидетельствования пациентов с длительной ВН,

- консультации пациентов в сложных и конфликтных случаях;
- контроль над организацией и проведением медицинской реабилитации пациентов;
- контроль над своевременным выявлением лиц, имеющих признаки инвалидности и нуждающихся в направлении на медико-социальную экспертизу;
- отбор и направление пациентов на медико-социальную экспертизу и контроль за сроком и качеством оформления направлений на медико-социальную экспертизу;
- выдача заключений ВКК и их дубликатов в соответствии с перечнем, установленным Приказом № 799.

Данные освидетельствования пациента и решение ВКК записываются в первичных медицинских документах, а также в «Журнале для записи заключений ВКК» (ф. 035/у) и подписываются председателем и членами ВКК. В необходимых случаях заключение ВКК оформляется на соответствующей справке-заключении.

**Заместитель главного врача по МЭ и реабилитации** — центральное звено в организации ЭВН и реабилитации в организации здравоохранения.

В обязанности заместителя главного врача по МЭ и реабилитации входят все вопросы организации работы по ЭВН в соответствии с требованиями нормативных правовых документов, в т. ч.:

- организация выдачи ЛН и СВН во всех медицинских подразделениях;
- организация работы ВКК;
- обеспечение своевременного направления длительно болеющих пациентов на ВКК и МРЭК в установленные законодательством сроки;
- консультация пациентов в сложных экспертных случаях;
- контроль обоснованности выдачи, продления и закрытия ЛН (СВН), сроков ВН;
- в стационаре: контроль обоснованности госпитализации пациентов с учетом состояния их трудоспособности; обоснованности сроков ВН за период стационарного лечения; своевременности направления длительно болеющих на ВКК, в отделение медицинской реабилитации, в МРЭК; своевременности выписки пациентов из стационара; обоснованности вынесения экспертной рекомендации пациентам при выписке из стационара;
- организация сбора оперативной информации о заболеваемости с ВН и ее анализ в организации здравоохранения (по врачам, отделениям, организации в целом);
- проведение углубленного анализа ВН в организации здравоохранения, по результатам которого разрабатываются мероприятия по устранению выявленных отклонений;
- организация и проведение анализа причин ВН по форме государственной статистической отчетности и разработка мероприятий по устранению выявленных отклонений;

- организация и курация работы отделения медицинской реабилитации, обеспечение своевременного выявления пациентов, нуждающихся в ее проведении, контроль в процессе реабилитации сроков ВН и их обоснованности, а также эффективности реабилитационных мероприятий;

- организация работы врачей и заведующих отделениями по изучению причин инвалидности, проведение совместно с заведующими отделениями экспертной оценки медицинских документов пациентов, впервые признанных инвалидами, и пациентов, направленных в МРЭК для продления лечения;

- осуществление взаимодействия с МРЭК, учет и анализ расхождений экспертных решений ВКК и МРЭК, дефектов в оформлении «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма 02-мсэ/у-09) и нарушений порядка направления пациентов в МРЭК;

- организация врачебных конференций (не реже 1 раза в квартал), в т. ч. совместно с МРЭК (не реже 2 раз в год);

- разработка мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости, первичной инвалидности, ее тяжести, в т. ч. организация и контроль их выполнения;

- проведение инструктажа вновь принятых на работу врачей по вопросам МЭ и реабилитации;

- организация изучения врачами действующих нормативных правовых актов в области МЭ и реабилитации, а также других необходимых документов; планирование повышения квалификации заведующих отделениями;

- организация работы с обращениями граждан, рассмотрение жалоб и принятие необходимых мер к их устранению.

Руководитель организации здравоохранения (главный врач) несет личную ответственность за организацию и качество ЭВН, правильность и обоснованность выдачи ЛН в организациях здравоохранения, за соблюдение порядка учета, выдачи, оформления и хранения ЛН и СВН.

## **2.7. Показатели, характеризующие уровни и структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности**

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди рабочих и служащих производится на основании ЛН.

Анализ и изучение этой заболеваемости осуществляется на основании формы 4 — нетрудоспособность (Минздрав) «Отчета о причинах временной нетрудоспособности» (составляется ежеквартально). Качественные показатели ЗВУТ трудоспособности рассчитываются по всем заболеваниям в целом и по каждой болезни в отдельности.

При вычислении показателей заболеваемости не следует ограничиваться получением лишь общих показателей. При анализе заболеваемости учитываются факторы, влияющие на нее. Необходимо изучить заболеваемость

по полу, по возрастным группам, по цехам, по профессиям, по стажу работы, по сезонам года, по прочим факторам. Изучается причинность, делаются выводы и разрабатываются мероприятия по снижению заболеваемости.

Показатели ЗВУТ рассчитываются по лицам.

Полученные результаты следует сравнить с данными прошлых лет.

**1. Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (всего и по отдельным формам и группам заболеваний).**

**2. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих (всего и по отдельным формам и группам заболеваний).**

**3. Средняя длительность 1 случая утраты трудоспособности.**

**4. Показатели структуры заболеваемости:**

**5. Процент болевших лиц** вычисляется как отношение числа работающих, имеющих хотя бы один случай утраты трудоспособности в течение года (болевшие лица), к общему числу так называемых круглогодичных лиц, проработавших на данном предприятии весь год;

**6. Распределение (в %) болевших лиц по числу случаев временной нетрудоспособности;**

**7. Коэффициент кратности острых заболеваний (грипп, ангина и др.) как отношение числа случаев нетрудоспособности (по поводу определенного заболевания у круглогодичных работающих к числу лиц, страдавших этим заболеванием;**

**8. Показатель повторности обострений хронических заболеваний.**

### **3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

#### **3.1. Законодательные документы, регламентирующие порядок проведения медико-социальной экспертизы**

В Республике Беларусь установление инвалидности осуществляется согласно действующим нормативным документам:

- Закон РБ от 18.06.1993 г. «О здравоохранении», в ред. 2014 г.
- Закон РБ от 11.11.1991 г. «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», в редакции от 16.11.2010 г.
- Закон РБ от 23.07.2008 г. «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», в редакции от 17.07.2009 г.
- Постановление МЗ РБ от 25.10.2007 г. № 97 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья», в редакции от 27.05.2011 г.
- Постановление Совета Министров РБ от 17.10.2014 г. № 185 «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий».

- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 02.02.2009 г. № 128 «Об утверждении положения о порядке финансирования и компенсации затрат на создание и сохранение рабочих мест для инвалидов и положения о порядке организации и финансирования мероприятий по адаптации инвалидов к трудовой деятельности».

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2011 г. № 65 «Об установлении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждении инструкции о порядке ее заполнения и о признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 № 10».

- Приказ Министерства здравоохранения от 12.03.2011 г. № 227 «О совершенствовании службы медицинской реабилитации детей в Республике Беларусь».

- Приказ Министерства здравоохранения от 06.06.2011 г. № 597 «О проведении анализа причины первичного выхода на инвалидность и тяжести первичной инвалидности».

- Приказ Министерства здравоохранения от 10.12.2014 г. № 1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения».

### **3.2. Инвалид, инвалидность, ограничение жизнедеятельности: определение, критерии, основные причины. Медико-социальная экспертиза**

**Инвалид** — лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими.

**Инвалидность** — это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты.

Следовательно, первопричиной инвалидности является болезнь, травма или дефект, которые, несмотря на лечение и реабилитацию, привели к стойким нарушениям функции, то есть инвалидность определяется не фактом болезни, а ее социальными последствиями.

Основными факторами, обусловившими рост численности инвалидов, являются: старение населения, прежде всего вследствие снижения смертности и рождаемости; увеличение продолжительности жизни; глобальный рост количества хронических заболеваний, таких как сахарный диабет, болезни системы кровообращения, онкологические болезни, травматизм, психические заболевания.

Инвалидность в связи с ростом ее удельного веса в человеческой популяции рассматривается как индикатор качества жизни, отражение уровня социально-экономического развития страны, экологического состояния

территории проживания, качества проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Положение инвалида в конкретной стране с современных позиций есть отражение развития и зрелости общества как социального государства.

**Социальная недостаточность** — социальные последствия имеющегося ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания, дефекта или травмы, приводящие к неспособности человека выполнять обычную для его положения роль в жизни (с учетом возраста, пола, образования, места жительства), поддерживать экономическую независимость, осуществлять присущую индивидууму деятельность (в т. ч. профессиональную), создающие потребность в дополнительной помощи и социальной защите.

**Ограничение жизнедеятельности** — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычными для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности.

**Медико-социальная экспертиза (МСЭ)** (экспертиза нарушения жизнедеятельности пациентов) — это область науки и система практической деятельности, которая функционирует в здравоохранении и в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.

В то же время МСЭ необходимо определять и как самостоятельную область научных знаний и систему практической деятельности, функционирующую на стыке здравоохранения, социального страхования и социального обеспечения.

Инвалидность в современном обществе — важная медицинская, социальная, профессиональная и экономическая проблема. Подходы к ее решению включают социальный и профилактический компоненты. Оба они связаны с объективным проведением МСЭ. Целью экспертизы является своевременное выявление лиц, нуждающихся в проведении реабилитации, мерах социальной защиты.

Социальный компонент предусматривает мероприятия по интеграции лиц с инвалидностью в социальную микро- и макросреду. Мероприятия направлены на кардинальное улучшение положения неполно функционирующих граждан в системе общественных отношений, в т. ч. с частичным или полным решением проблем экономической независимости.

Профилактический компонент направлен на создание и совершенствование профилактических и реабилитационных технологий, уменьшение риска возникновения инвалидизирующих заболеваний, предупреждение наступления инвалидности, снижение ее тяжести, преодоление ограничения жизнедеятельности.

МСЭ проводится медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК).

### **3.3. Медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК): виды, состав, функции**

Организация деятельности и функции МРЭК регламентированы постановлением Совета Министров РБ от 17.10.2014 г. № 185 «О некоторых вопросах проведения медико-социальной экспертизы и деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий». МРЭК создается в каждой области и г. Минске на основании специального разрешения и находится в подчинении управления здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Минского горисполкома. Руководство МРЭК осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается от должности начальником управления здравоохранения облисполкома, председателем комитета по здравоохранению Минского горисполкома.

#### ***Функции МРЭК:***

- освидетельствование граждан в целях проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности (медико-социальной экспертизы) в порядке и сроки, установленные Министерством здравоохранения;
- определение вида, сроков, объема проведения реабилитационных мероприятий гражданам, прошедшим МСЭ;
- учет и анализ инвалидности.

#### ***Виды МРЭК:***

- центральные комиссии;
- специализированные комиссии (кардиологические, онкологические, ортопедотравматологические, педиатрические, пульмонологические, офтальмологические и иные);
- межрайонные (районные, городские) комиссии;
- кабинеты медико-профессиональной реабилитации;
- иные структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы), обеспечивающие деятельность МРЭК.

Количество первичных и центральных комиссий в МРЭК определяется из расчета: одна первичная комиссия на 100 тыс. человек, проживающих в районе (городе) обслуживания первичной комиссии, при условии проведения освидетельствований 1,6–1,8 тыс. человек в год, а также с учетом объемов выполняемой работы, относящейся к компетенции МРЭК. Комиссии осуществляют свою деятельность по территориальному признаку или по профилю заболеваний. На четыре межрайонные (районные, городские) и (или) специализированные комиссии организуется одна центральная комиссия.

Специализированные МРЭК предназначены для проведения МСЭ при наиболее распространенных на конкретной территории заболеваниях.

В составе МРЭК имеются кабинеты медико-профессиональной реабилитации. Это расширяет диагностические возможности, позволяет проводить медицинскую реабилитацию в сочетании с профессиональной ориентацией и подбором доступных условий труда для инвалидов.

С 2001 г. введена в действие Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Обобщающий термин «ограничение жизнедеятельности» относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и возможности участия. Классификация позволяет делать выводы о причинно-следственных связях, факторах риска заболеваний. Она применима для оценки результатов реабилитации, профессиональной пригодности, качества жизни населения.

***Причины инвалидности:***

- общее заболевание;
- инвалидность с детства;
- профессиональное заболевание;
- трудовое увечье;
- инвалидность с детства вследствие профессионального заболевания;
- инвалидность с детства вследствие трудового увечья;
- инвалидность с детства вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий);
- инвалидность с детства в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (другими радиационными авариями);
- военная травма;
- заболевание получено в период военной службы;
- заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС (другими радиационными авариями);
- заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с ликвидацией последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС (других радиационных аварий);
- инвалидность в результате противоправных действий по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства;
- иные причины, установленные законодательством Республики Беларусь.

***Состав МРЭК:***

В состав комиссии входит, как правило, не менее трех врачей-экспертов. Комиссию возглавляет председатель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности главным врачом МРЭК. Каждая комиссия имеет печать со своим наименованием и наименованием МРЭК.

При временном отсутствии одного или нескольких врачей-экспертов, входящих в состав комиссии, и невозможности их замены освидетельствование пациента проводится не менее чем двумя врачами-экспертами, один из которых является председателем комиссии.

***Обязанности и права областной МРЭК:***

1. Организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью нижестоящих МРЭК.
2. Анализ состояния медико-социальной экспертизы и реабилитации.
3. Установление причин инвалидности.

4. Разработка мероприятий по профилактике инвалидности.
5. Повторная экспертиза по направлению нижестоящих МРЭК.
6. Выдача направлений в Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации инвалидов в сложных случаях.
7. Определение потребности в выделении специальных транспортных средств.
8. Внедрение научно-обоснованных методов работы.
9. Работа по повышению квалификации экспертов.

В состав комиссии входит, как правило, не менее трех врачей-экспертов. Комиссию возглавляет председатель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности главным врачом МРЭК. Каждая комиссия имеет печать со своим наименованием и наименованием МРЭК. При временном отсутствии одного или нескольких врачей-экспертов, входящих в состав комиссии, и невозможности их замены освидетельствование пациента проводится не менее чем двумя врачами-экспертами, один из которых является председателем комиссии.

***Председатель комиссии:***

- руководит ее деятельностью и несет ответственность за выполнение возложенных на комиссию задач, в том числе за своевременность и качество проведения комиссией медико-социальной экспертизы;
- подписывает медицинские документы и удостоверение инвалида, а также заверяет их печатью комиссии;
- решает иные вопросы деятельности комиссии.

Руководитель МРЭК определяет в порядке, установленном Министерством здравоохранения, категории пациентов (основные категории граждан, имеющих право на социальные льготы, граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, членов их семей и других граждан), медико-социальная экспертиза которых осуществляется первичными или центральными комиссиями.

**3.4. Порядок освидетельствования пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии**

Пациент при наличии у него признаков инвалидности направляется на МРЭК врачебно-консультационной комиссией организации здравоохранения, оказывающей ему медицинскую помощь. Для этого оформляется «Направление на медико-социальную экспертизу» (ф. № 2-мсэ/у).

Дата регистрации в комиссии направления на МСЭ является датой начала проведения МСЭ. Освидетельствование гражданина проводится по месту расположения комиссии не позднее 30 дней с даты регистрации в ней направления на МСЭ. Пациент, направленный в комиссию в период длительной ВН, освидетельствуется вне очереди.

Если пациент не может явиться в комиссию по состоянию здоровья, соответствующая запись вносится в направление на МСЭ и освидетельствование может проводиться на выездном заседании комиссии:

- по месту его жительства;

- в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь;
- в стационарных организациях социального обслуживания.

МСЭ проводится врачами-экспертами комиссии путем экспертного обследования пациента, изучения направления на МСЭ, представленных медицинских и иных документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и иных данных. В состав комиссии входят 3 врача-эксперта, один из которых назначается председателем комиссии. В проведении МСЭ имеют право принимать участие по приглашению председателя комиссии с правом совещательного голоса врач-специалисты (консультанты) соответствующего профиля, представители органов по труду, занятости и социальной защите, страховых и иных организаций. Заключение МРЭК о признании пациента инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом, о причине инвалидности, процентах утраты профессиональной трудоспособности, а также по иным вопросам, входящим в компетенцию МРЭК, принимается большинством голосов врачей-экспертов комиссии, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения ее результатов. Голос председателя комиссии при равенстве голосов является решающим. Дата, когда комиссией вынесено заключение МРЭК, считается датой окончания МСЭ. В случае признания пациента инвалидом датой установления инвалидности считается дата регистрации в комиссии направления на МСЭ при условии освидетельствования пациента в срок не позднее 60 дней с указанной даты.

В случае невозможности вынесения заключения МРЭК на основании представленных в нее медицинских экспертных документов в целях уточнения степени выраженности ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений комиссия составляет «Программу дополнительного обследования пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии» (ф. № 4-мсэ/у), которая утверждается председателем комиссии и направляется ВКК организации здравоохранения.

Выполнение программы дополнительного обследования должно быть завершено исполнителями с представлением в комиссию необходимых сведений и медицинских документов в 14-дневный срок с даты ее составления (при освидетельствовании пациента в случае длительной временной нетрудоспособности — в 3-дневный срок). После получения необходимых данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, комиссия выносит заключение о признании пациента инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

В сложных экспертных случаях специализированная, межрайонная (районная, городская) комиссия имеет право в 3-дневный срок со дня освидетельствования пациента направить в центральную комиссию акт освидетельствования гражданина с приложением всех имеющихся документов.

Центральная комиссия проводит повторную МСЭ гражданина в 20-дневный срок со дня регистрации в ней вышеуказанных документов.

Ограничения жизнедеятельности оцениваются по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных средств, технических или иных вспомогательных средств, а также степень взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий.

***К основным критериям жизнедеятельности человека относятся:***

- ✓ способность к самообслуживанию;
- ✓ способность к самостоятельному передвижению;
- ✓ способность к ориентации;
- ✓ способность к общению;
- ✓ способность контролировать свое поведение;
- ✓ способность к обучению;
- ✓ способность к трудовой деятельности.

***Для целей медико-социальной экспертизы при оценке категорий нарушения жизнедеятельности у детей введена такая категория, как способность к ведущей возрастной деятельности.***

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют пять функциональных классов (ФК) их выраженности (в процентах):

- ФК 0** — характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0 %);
- ФК 1** — легкое нарушение (от 1 до 25 %);
- ФК 2** — умеренно выраженное нарушение (от 26 до 50 %);
- ФК 3** — выраженное нарушение (от 51 до 75 %);
- ФК 4** — резко выраженное нарушение (от 76 до 100 %).

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничения жизнедеятельности;
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие только одного из условий не является основанием, до статочным для признания гражданина инвалидом.

#### ***Переосвидетельствование инвалидов***

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается:

- при стойких необратимых нарушениях функций жизнедеятельности и социальной дезадаптации в связи с невозможностью и (или) неэффективностью реабилитационных мероприятий (после трех лет наблюдения в комиссии);

- при анатомических дефектах, установленных инструкцией;
- женщинам старше 55 лет, мужчинам старше 60 лет;

- гражданам, признанным инвалидами вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, в случае, если дата их повторного освидетельствования выпадает на день достижения или любой последующий день после дня достижения ими пенсионного возраста.

Во всех остальных случаях переосвидетельствование проводится:

- инвалидов I группы — 1 раз в 2 года;
- инвалидов II и III группы — 1 раз в год;
- детей-инвалидов - 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид»;
- инвалидов вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС других радиационных аварий — через 5 лет.

Для организации переосвидетельствования ВКК оформляет «Направление на МСЭ» не позднее 14 дней до истечения срока инвалидности.

МРЭК проводит экспертизу не позднее 30 дней после истечения срока инвалидности либо досрочно, но не ранее чем за 30 дней до истечения срока.

В некоторых случаях, оговоренных инструкцией, возможно досрочное переосвидетельствование.

### **3.5. Группы инвалидности у взрослых, характеристика**

Критерием для определения **первой группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению (**ФК 4 — от 76 до 100 %**) одной из категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерии установления первой группы инвалидности:

- неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;
- неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц;
- неспособность к ориентации (дезориентация);
- неспособность к общению;
- неспособность контролировать свое поведение.

Критерием для установления **второй группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению (**ФК 3 — от 51 до 75 %**) одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Показания к установлению второй группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

- способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) по с помощью других лиц;
- неспособность к трудовой деятельности или способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;
- неспособность к обучению или способность к обучению только в специальных учебных заведениях, или по специальным программам в домашних условиях;
- способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц;
- способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
- способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц.

Критерием для определения **третьей группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению (**ФК 2 — от 26 до 50 %**) одной из категорий жизнедеятельности или их сочетание.

Показания для установления третьей группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;
- способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния;
- способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);
- способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;
- способность к ориентации во времени и в пространстве при условии использования вспомогательных средств;
- способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации.

При определении группы инвалидности также учитывается наличие анатомических дефектов.

**Синдром взаимного тяготения** — сложная патофизиологическая реакция организма на сочетанное поражение его взаимосвязанных систем,

приводящая к снижению компенсаторных возможностей организма при воздействии неблагоприятных внешних и (или) внутренних факторов, что усугубляет нарушение функции пораженного органа (системы), замедляет восстановление нарушенных функций и проявляется более выраженной, чем при изолированном поражении одной из систем, степенью ограничения жизнедеятельности.

**Синдром социальной компенсации** — наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности, что приводит к более выраженной степени социальной недостаточности, чем при наличии снижения одной или двух категорий жизнедеятельности. В таких случаях при вынесении экспертного решения определяется группа инвалидности или повышается уже имеющаяся.

### **3.6. Степени утраты здоровья у детей, характеристика**

**Ребенок-инвалид** — лицо в возрасте до 18 лет, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие врожденных, наследственных, приобретенных заболеваний, дефектов или травм нуждается в социальной помощи и защите.

Детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья (СУЗ). При проведении МСЭ у детей используется такая категория, как способность к ведущей возрастной деятельности — способность выполнять деятельность, определяющую основное содержание повседневной жизни ребенка в конкретный возрастной период:

- от 0 до 1 года — эмоционально-личностное общение (с матерью, лицом, осуществляющим уход);
- от 1 до 3 лет — предметная деятельность;
- от 3 до 7 лет — игровая (сюжетно-ролевая) деятельность;
- от 7 до 14 лет — познавательная деятельность;
- от 14 до 18 лет — общение, учебно-профессиональная деятельность.

Четвертая СУЗ соответствует резко выраженному ограничению жизнедеятельности — самая тяжелая степень утраты здоровья у детей, равноценна первой группе инвалидности у взрослых.

Третья СУЗ соответствует выраженному ограничению жизнедеятельности, равноценна второй группе инвалидности у взрослых.

Вторая СУЗ соответствует умеренно выраженному ограничению жизнедеятельности, равноценна третьей группе инвалидности у взрослых.

Первая СУЗ устанавливается при наличии легкого ограничения жизнедеятельности. Оно приводит к дезадаптации ребенка в социальной среде, задержке и неадекватности дальнейшего физического, нервно-психического, педагогического, личностного, социального развития. Ограничение носит временный характер, компенсируется полностью или частично в более старшем возрасте, обеспечивая социальную адаптированность к 18 годам, не влияя на профессиональную пригодность.

Вне зависимости от степени утраты здоровья у детей категория «ребенок-инвалид» может быть установлена на срок 1 год, 2 года, 5 лет, до 18 лет.

### **3.7. Медицинская документация медико-реабилитационной экспертной комиссии**

По результатам МСЭ составляются:

1) «Медицинская карта пациента медико-реабилитационной экспертной комиссии» (ф. № 6-мсэ/у) содержит основные данные об освидетельствованном;

2) «Акт освидетельствования пациента в медико-реабилитационной экспертной комиссии» (ф. № 5-мсэ/у), который подписывается председателем комиссии, врачами-экспертами, проводившими медико-социальную экспертизу, а затем заверяется печатью; в акт освидетельствования заносятся или приобщаются к нему заключения консультантов, привлекаемых к проведению МСЭ, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия заключения МРЭК;

3) ИПР (индивидуальная программа реабилитации) инвалида, которая направляется в организации, занимающиеся профессиональной, трудовой и социальной реабилитацией инвалидов;

4) отрывной талон «Направления на медико-социальную экспертизу» (ф. № 2-мсэ/у) подписывается председателем комиссии, заверяется печатью и направляется в организацию здравоохранения по месту жительства гражданина; в него заносятся заключение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом, заключение о формировании ИПР инвалида;

5) «Заключение медико-реабилитационной экспертной комиссии» (ф. № 1-мсэ/у), представляет собой выписку из акта освидетельствования и в 3-дневный срок со дня его вынесения направляется в органы по труду, занятости и социальной защите, в страховую организацию при страховом случае, инвалиду (его законному представителю);

б) удостоверение инвалида, подтверждающее факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, причины инвалидности и сведений о сроке переосвидетельствования; детям в удостоверении инвалида указывается категория «ребенок-инвалид» и степень утраты здоровья; факт выдачи фиксируется в «Журнале учета выдачи удостоверений инвалидов» (ф. № 10-мсэ/у).

### **3.8. Показатели инвалидности, методика вычисления**

В Республике Беларусь статистический учет инвалидности осуществляется двумя ведомствами:

- данные о первичной инвалидности представляются Министерством здравоохранения РБ на основании государственной статистической отчетности: по форме 1 — инвалидность, взрослые «Отчет об освидетельствовании взрослого населения медико-реабилитационными экспертными ко-

миссиями» и форме 1 — инвалидность, дети «Отчет об освидетельствовании детей медико-реабилитационными экспертными комиссиями» (составляются ежегодно МРЭК);

● данные об общем количестве инвалидов представляются Министерством труда и социальной защиты РБ по форме «Сведения о численности инвалидов, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите».

***Показатели инвалидности:***

***1. Частота первичного выхода на инвалидность (первичная инвалидность):***

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидами за год} \times 10000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Показатель частоты первичного выхода на инвалидность может рассчитываться для населения в целом, а также для отдельных групп (0–18 лет, старше 18 лет, трудоспособного населения, населения пенсионного возраста, работающего населения), а также по полу, нозологическим формам, группам, причинам инвалидности и др.

***2. Структура первичного выхода на инвалидность, %:***

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидами вследствие определенной нозологической формы} \times 100}{\text{Число впервые признанных инвалидами за год}}$$

Показатели структуры первичного выхода на инвалидность могут рассчитываться по разным признакам: полу, возрасту, группе, причине инвалидности и др.

***3. Процент инвалидов среди населения:***

$$\frac{\text{Число инвалидов, состоящих на учете на 1.01 отчетного года} \times 100}{\text{Численность населения на 1.01 отчетного года}}$$

Данный показатель характеризует долю инвалидов в структуре населения и может рассчитываться по возрасту, причинам, группам инвалидности и др. В Республике Беларусь принято и широко используется в научной литературе понятие общей инвалидности, при этом расчет показателя осуществляется на 10000 населения.

**3.9. Показатели реабилитации инвалидов, методика вычисления**

***Показатели реабилитации инвалидов:***

***1. Показатель полной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста:***

$$\frac{\text{Число инвалидов трудосп. возраста, которым при переосвидетельствовании группа инвалидности не установлена} \times 100}{\text{Число инвалидов трудоспособного возраста, явившихся для переосвидетельствования}}$$

**2. Показатель частичной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста:**

*Число инвалидов трудосп. возраста, которым при переосвидетельствовании установлена более легкая группа инвалидности × 100*

*Число инвалидов трудоспособного возраста I и II группы, явившихся для переосвидетельствования*

**3. Показатель утяжеления инвалидности:**

*Число инвалидов трудоспособного возраста, которым при переосвидетельствовании установлена более тяжелая группа инвалидности*

*Число инвалидов трудоспособного возраста II и III группы, явившихся для переосвидетельствования*



## **Правила заполнения листка нетрудоспособности**

Бланк ЛН состоит из двух частей: верхняя часть — контрольный талон к ЛН, нижняя — ЛН.

Контрольный талон оформляется одновременно с ЛН и окончательно оформляется организацией здравоохранения при закрытии ЛН.

Лицевая сторона ЛН оформляется организацией здравоохранения.

При оформлении ЛН записи производятся на русском или белорусском языке, разборчиво и четко фиолетовыми, синими или черными чернилами от руки или с применением компьютерной техники. Внесение исправлений оговаривается на левом поле ЛН (на одном бланке допускается не более двух исправлений) и заверяется подписью и печатью лечащего врача и печатью организации здравоохранения «Для листков нетрудоспособности и справок».

Строки листка нетрудоспособности «Фамилия, собственное имя, отчество», «Вид нетрудоспособности», «Заключение о трудоспособности» и строки раздела ЛН «Освобождение от работы» заполняются без сокращений. В остальных строках ЛН допустимы общепринятые сокращения.

Листок нетрудоспособности, выданный первым, считается первичным, а последующие (в течение одного случая ВН) — продолжением первичного. Если в течение одного случая ВН пациенту выдается несколько ЛН, в строке «Заключение о трудоспособности» каждого из них (кроме последнего) указывается: «Продолжает болеть».

Талон и ЛН имеют разметку позиций для внесения в них информации с использованием кодов в следующем порядке:

1. Позиция 1 — код первичности. При выдаче первичного ЛН (далее — первичный) в позиции 1 указывается цифра 1, при выдаче последующих ЛН (далее — продолжение) по данному случаю — цифра 0.

2. Позиции 2–7 — код даты выдачи ЛН.

3. Позиции 8–13 — код начала случая ВН.

Первая пара цифр — число, вторая — месяц и третья — год.

4. Позиция 14 — код пола. Мужской пол кодируется цифрой 1, женский пол — 2.

5. Позиции 15–16 — код возраста. В данных позициях указывается полное количество лет пациента.

6. Позиции 19–22 контрольного талона — код врача (фельдшера, помощника врача), выдавшего ЛН.

7. Позиции 23–25 контрольного талона — код врача, закрывшего ЛН.

8. Позиции 17–19 ЛН и позиции 26–28 контрольного талона — код предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее — МКБ).

9. Позиции 20–21 ЛН и позиции 29–30 контрольного талона — код причин заболеваемости с ВН в соответствии с ведомственной статистической отчетностью.

10. Позиции 22–25 ЛН и позиции 31–34 контрольного талона — код заключительного диагноза по МКБ.

При выдаче ЛН в случае беременности и родов, в связи с уходом за больным членом семьи, ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при санаторно-курортном лечении, ребенком в случае смерти матери в родах (послеродовом периоде), позиции 17–19 и 22–25 листка нетрудоспособности, а также позиции 26–28 и 31–34 контрольного талона не заполняются.

Кодирование диагнозов осуществляется трех-четырёхзначным кодом в соответствии с рубриками МКБ, при этом используется алфавитно-цифровая система кодирования рубрик.

11. Позиции 26–27 — код заключения МРЭК.

Строка ЛН «Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) нетрудоспособного» заполняется в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность пациента.

Строка контрольного талона «Место работы, профессия» и строка ЛН «Место работы» заполняются со слов пациента. При этом допустимо использование сокращенного наименования учреждения.

Если работник работает у нескольких нанимателей, при выдаче дополнительного ЛН указывается место работы по совместительству.

12. В строке ЛН «Вид нетрудоспособности» указывается один из видов (причин) ВН.

13. В строке ЛН «Режим» указывается вид режима, предписанный пациенту.

Заключение о трудоспособности пациента выносится лечащим врачом (врачом отделения профилактики (доврачебного кабинета), помощником врача, ВКК) в последний день освобождения его от работы или в случае окончания бланка ЛН.

Если трудоспособность пациента восстановилась, в строке листка нетрудоспособности «Заключение о трудоспособности» производится запись «К труду» и указываются прописью число и месяц даты, с которой пациент должен выйти на работу.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Задача 1**

Вахтер Ч., 54 лет, инвалид III группы, болел гриппом с 15.01.2015 по 20.01.2015. Оформите листок нетрудоспособности.

### **Задача 2**

Пациент С., 48 лет, находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом: «Остеомиелит» с 11.05.2015 по 07.09.2015. Направлен на МСЭ для установления группы инвалидности 07.09.2015. Оформите листок нетрудоспособности.

### **Задача 3**

Рабочий О., 28 лет, обратился на прием к цеховому врачу-терапевту 26.01.2015, установлен диагноз: «Острый гайморит». Выдан листок нетрудоспособности с 26.01.2015 г. по 28.01.2015 г. С 29.01.2015 по 02.02.2015 продолжал лечение у ЛОР-врача по месту жительства. Приступил к труду 03.02.2015. Оформите листок нетрудоспособности.

### **Задача 4**

У женщины М. 28.04.2016 в 29 недель беременности наступили преждевременные роды. Родился мертвый ребенок. Оформите листок нетрудоспособности.

### **Задача 5**

Пациент Г. лечился амбулаторно по поводу перелома предплечья с 12.06.2015 по 06.07.2015. Травма в быту получена в состоянии алкогольного опьянения. Оформите листок нетрудоспособности.



## ДА ВЕДАМА МЕДЫЦЫНСКАГА РАБОТНІКА

Медыцынскія работнікі не маюць права выдаваць звесткі аб хваробах, інтымным і сямейным жыцці грамадзян, якія сталі ім вядомымі у сілу выканання прафесійных абавязкаў.

За неабгрунтаваную выдачу і працяг лісткаў непрацаздольнасці або няправільнае іх афармленне, вінаватыя прыцягваюцца да дысцыплінарнай або матэрыяльнай, а пры наяўнасці прызнакаў злачынства да крымінальнай адказнасці ва ўстаноўленым заканадаўствам парадку.

Бланкі лісткаў непрацаздольнасці захоўваюцца як дакументы строгай справаздачнасці. Справаздача аб іх выкарыстанні праводзіцца здачай кантрольных талонаў урачом ва ўстаноўленым парадку.

(лінія адрэзу)

-----

Цэх (аддзел) прадпрыемства				Прафесія непраца здольнага				Табельны нумар				
	29			31 33			35	36				
Да работы прыступіў	Выхадныя дні за перы- яд непрацаздольнасці			Подпіс майстра або на- чальніка цэха (аддзела)								

(асобья адзнакі)

(подпіс адказнай асобы)

(рашэнне камісіі аб назначэнні дапамогі, № пратакола, дата)

### ДАВЕДКА АБ ЗАРАБОТНАЙ ПЛАЦЕ

Месяцы узятыя для вылічэння дапамогі (пропісам)	Колькасць рабочых дзен (гадзін)	Сума фактычнага заработку (руб.)	Сярэдні дзенны (пагадзінны) фактыч- ны заробтак (руб.)
Усяго:			

Пры пераводзе на  
іншую работу з \_\_\_\_\_ па \_\_\_\_\_ заробтак за \_\_\_\_\_  
(чысло, месяц, год) (чысло, месяц, год) дзен склаў \_\_\_\_\_

(асобья адзнакі)

(подпіс адказнай асобы)

### НАЛЕЖЫЦЬ ДАПАМОГА

Месяцы, коль- касць дзен (гадзін) непрацаздольнасці	СУМА НАЛІЧАНАЙ ДАПАМОГІ (руб.)			Разлічаная максімальная сума дапамогі	Сума дапамогі да выпла- ты (руб)
	За дні (гадзіны) у па- меры 80% заробтку	За дні (гадзіны) у па- меры 100% заробтку	Усяго		

(сума да выплаты пропісам)

Уключана у плацежную  
Ведамасць за \_\_\_\_\_ месяц  
(пропісам)

Подпіс галоунага  
(старшага) бухгалтара \_\_\_\_\_

## ЛИТЕРАТУРА

### ОСНОВНАЯ

1. *Пилипцевич, Н. Н.* Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич; под ред. Н. Н. Пилипцевича — Минск: Новое знание, 2015. — 784 с.

2. *Миняев, В. А.* Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для студентов / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 528 с.

3. *Лемак, И.* Уход за ребенком: случаи назначения социальных пособий, выдача листка нетрудоспособности / И. Лемак // Гл. бухгалтер. — 2002. — № 38. — С. 46–49.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

4. Инструкция о порядке использования бланков листов нетрудоспособности, утвержденная Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 106.

5. Инструкция о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденная Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 105.

6. Инструкция о порядке использования и бухгалтерского учета бланков строгой отчетности, утвержденная Постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 18.12.2008 г. № 196 «Об утверждении Инструкции о порядке использования и бухгалтерского учета бланков строгой отчетности, признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства финансов Республики Беларусь».

7. Постановление МЗ РБ от 25.10.2007 г. № 97 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья», в редакции от 27.05.2011 г.

**Учебное издание**

**Будник Янина Ивановна  
Шаршакова Тамара Михайловна**

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 4–5 курсов  
лечебного, медико-диагностического факультетов  
медицинских вузов**

Редактор ***Т. М. Кожемякина***  
Компьютерная верстка ***Ж. И. Цырыкова***

Подписано в печать 13.02.2017.  
Формат 60×84<sup>1/16</sup>. Бумага офсетная 65 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Таймс».  
Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,80. Тираж 120 экз. Заказ № 78.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя,  
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель