

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
Башкирский государственный медицинский университет

*Волевач Л.В., Нафикова А.Ш., Крюкова А.Я., Габбасова Л.В.,
Башарова Г.Р., Давыдович М.Г., Курамшина О.А.,
Сахаутдинова Г.М., Камалова А.А., Тувалева Л.С.,
Рахматуллин А.С., Салихова А.С., Демидова Н.А.,
Шакирова И.И., Загидуллин Т.С., Гарипова Р.А.*

Организация амбулаторно- поликлинической помощи населению. Работа участкового терапевта

Учебное пособие

*Рекомендовано к публикации решением № 2 от 17.03.2022 г.
Координационного научно-методического совета
Башкирского государственного медицинского университета*

ISBN 978-5-4480-0369-1



9

785448 003691

Тамбов
2022



ukonf.com/mon

УДК 616-08
ББК 53.5

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Работа участкового терапевта: Учебное пособие для обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. Минздрав России, БГМУ. Тамбов: Издательство Юконф, 2022. 76 с.

ISBN 978-5-4480-0369-1

<https://ukonf.com/doc/mon.2022.04.02.pdf>

Рецензенты:

*Губарева И.В., д.м.н., проф., зав. каф., СамГМУ Минздрава России, г. Самара
Сарсенбаева А.С., д.м.н., проф., ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск*

Авторы-составители:

*Волевач Л.В., Нафикова А.Ш., Крюкова А.Я., Габбасова Л.В., Башарова Г.Р.,
Давыдович М.Г., Курамшина О.А., Сахаутдинова Г.М., Камалова А.А.,
Тувалева Л.С., Рахматуллин А.С., Салихова А.С., Демидова Н.А., Шакирова И.И.,
Загидуллин Т.С., Гарипова Р.А.*

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3++ по специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2020 г.), ООП специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2021 г.), учебного плана (2021 г.), рабочей программы дисциплины Поликлиническое дело (2021 г.). В учебном пособии отражены вопросы амбулаторно-поликлинической службы, включены вопросы экспертизы нетрудоспособности.

Учебное пособие предназначено для обучающихся 5, 6 курсов по специальности Лечебное дело в целях освоения общепрофессиональных и профессиональных компетенций (ОПК-6, ПК-7).

Информация об издании предоставлена в систему Российского индекса научного цитирования – **РИНЦ** по договору № 856-08/2013К

Электронная версия опубликована в **Электронной библиотеке** и находится в свободном доступе на сайте: **ukonf.com/mon**

Учебное пособие.

Издательство Юконф. E-mail: mon@ukonf.com

Адрес редакции: Россия, 392000, г. Тамбов, а/я 44

Тираж 500 экз. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 4,75.

© 2022, ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет
© 2022, Коллектив авторов

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Предисловие.....	5
Первичная медико-санитарная помощь	7
Основные положения об организации ПМСП.....	9
Основополагающие принципы организации ПМСП.....	12
Поликлиника. Определение. Виды	14
Организация деятельности врача-терапевта участкового	21
Основная медицинская документация участкового терапевта	22
Паспорт участка	23
Общие вопросы экспертизы нетрудоспособности	27
Частные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности	50
Задания для самоконтроля.....	58
Рекомендуемая литература.....	68
Информация об авторах.....	74

Список сокращений

ВК	– врачебная комиссия
ВН	– временная нетрудоспособность
ВУТ	– временная утрата трудоспособности
КЭР	– клинико-экспертная работа
ЛН	– листок нетрудоспособности
МО	– медицинская организация
МП	– медицинская помощь
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
МСЭК	– медико-социальная экспертная комиссия
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
СМП	– скорая медицинская помощь
ФАП	– фельдшерско-акушерский пункт
ФД	– функциональная диагностика
ФЗ	– федеральный закон
ЭВН	– экспертиза временной нетрудоспособности

Предисловие

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3++ по специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2020 г.), ООП специальности 31.05.01 – Лечебное дело (2021 г.), учебного плана (2021г.), рабочей программы дисциплины Поликлиническое дело (2021 г.)

В учебном пособии отражены вопросы амбулаторно-поликлинической службы, включены вопросы экспертизы нетрудоспособности.

Учебное пособие предназначено для обучающихся 5, 6 курсов по специальности Лечебное дело в целях освоения общепрофессиональных и профессиональных компетенций (ОПК-6, ПК-7):

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций и в очагах массового поражения.

ПК-7: Способен проводить экспертизу временной нетрудоспособности, участвовать в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

В представленном пособии освещаются важные вопросы организации амбулаторно-поликлинической службы, аспекты деятельности врачей поликлинического звена, вопросы временной нетрудоспособности. На сегодняшний день данный материал является актуальным с учетом современных направлений в здравоохранении.

В условиях перехода здравоохранения к медицинскому страхованию значительное внимание отводилось организации МП населению сельской местности. Особенно отразилось это в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 1997 г. В Концепции показана необходимость проведения коренной реформы в организации и деятельности системы лечебно-профилактической помощи страны в целом: развитие первичной медицинской помощи в стране, а также усиление первичного звена здравоохранения.

В 2006 г. в Российской Федерации началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье».

Проект «Здоровье» 4 основные направления:

- развитие ПМСП: повышение оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения, повышение оснащения МО и станций СМП оборудованием и автотранспортом;
- повышение подготовки врачей на курсах повышения квалификации и переподготовки;
- улучшение профилактической составляющей медицинской помощи;
- повышение объемов диспансеризации и углубленных медицинских осмотров населения.

Первичная медико-санитарная помощь

Согласно Федеральному закону РФ от 21.11.2011 г. №323 «**Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**» – первичная медико-санитарная помощь – это основное звено при оказании населению медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – это совокупность медицинских и санитарно-гигиенических мероприятий, осуществляемых на первичном уровне контакта населения со службами здравоохранения.

Нормативные документы:

– ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

– Приказ МЗ И СР РФ от 15.05.2012г. № 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (в ред. Приказов МЗ РФ от 23.06.2015 №361н, от 30.09.2015 №683н, от 30.04.2018 №139н, от 27.03.2019 №164н).

Организация оказания ПМСП осуществляется:

- государственной;
- муниципальной;
- частной системами здравоохранения.

Медицинская помощь:

- по видам;
- условиям;
- форме оказания.

Виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная;
- скорая, в том числе скорая специализированная;
- паллиативная медицинская помощь.

Условия оказания медицинской организации:

- вне медицинской организации;
- амбулаторно.

Формы оказания медицинской помощи:

- **экстренная** – при внезапных острых состояниях, представляющих угрозу жизни пациента;
- **неотложная** – при внезапных острых состояниях без явных признаков угрозы жизни пациента;
- **плановая** – при проведении профилактических мероприятий, отсрочка оказания МП на определенное время не представляет угрозы его жизни и здоровью.

Основные положения об организации ПМСП

– Приказ МЗ РФ от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Первичная медико-санитарная помощь:

1. Оказывается амбулаторно

– **бесплатная** – в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ за счет средств ОМС и средств соответствующих бюджетов;

– **платная** – за счет средств граждан и организаций.

2. В дневном стационаре/стационаре на дому

Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических условиях:

– первичная доврачебная медико-санитарная помощь;

– первичная врачебная медико-санитарная помощь;

– первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Территориально-участковый принцип организации оказания ПМСП – это формирование групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

Виды участков:

– **комплексный** (малое количество прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого ФАП);

– **акушерский;**

– **приписной** (за пределами населенного пункта, где расположена МО).

ФАП оказывает первичную доврачебную медико-санитарную помощь + паллиативную МП населению в сельских населенных пунктах.

Рекомендуемая численность обслуживаемого ФАПом населения N=300-700 человек, в т.ч. детское население.

Обслуживание населения на участках осуществляют:

- фельдшер;
- врач-терапевт участковый;
- ВОП.

Нормативы численности населения на врачебных участках:

- **на фельдшерском участке – не более 1 300 человек** взрослого населения в возрасте старше 18 лет;
- **на терапевтическом участке – не более 1 700 человек** взрослого населения в возрасте старше 18 лет (для терапевтического участка, расположенного **в сельской местности, – не более 1 300 человек** взрослого населения);
- **на участке врача общей практики – не более 1 200 человек** взрослого населения в возрасте старше 18 лет;
- **на участке семейного врача – не более 1 500 человек** взрослого и детского населения;
- **на комплексном участке – от 2 000 человек** взрослого и детского населения.

Поликлиника – это многопрофильная МО, оказывающая первичную квалифицированную, специализированную медицинскую помощь приходящим больным и больным на дому, проводящая лечебно-профилактические мероприятия.

Амбулатория организуется в сельской местности, отлична от поликлиники уровнем специализации, объемом деятельности (терапия, хирургия, акушерство-гинекология, педиатрия).

Поликлиника – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

Поликлиники бывают:

1. По организации работы:

- объединенные со стационаром;
- необъединенные.

2. По территориальному признаку:

- городские;
- сельские.

3. По профилю оказания медицинской помощи:

- взрослым;
- детям;
- рабочим промышленной зоны;
- специализированные:
 - стоматологические;
 - физиотерапевтические;
 - психотерапевтические;
 - женская консультация;
 - восстановительного лечения.

Работа поликлиники организуется по сменному графику, медицинская помощь оказывается в течение всего дня, в т.ч. оказание неотложной МП в выходные и праздничные дни.

4. По мощности поликлиники выделяют 5 категорий (с учетом количества обслуживаемого населения и запланированного числа посещений).

Категории городских поликлиник

Категория	Кол-во посещений к врачам в смену	Обслуживаемое население (тысяч человек)
1	Более 1200	Более 80
2	751 – 1200	50 – 79
3	501 – 750	33 – 49
4	251 – 500	18 – 32
5	До 250	До 17

Основополагающие принципы организации ПМСП

I. Участковость (закрепление за поликлиникой отдельной территории (участка), протяженность, тип застройки, транспортная доступность, сельская или городская местность).

II. Преемственность и этапность в терапии:

1. Поликлиника
2. Стационар
3. Восстановительное лечение

III. Профилактическая направленность

- раннее выявление заболеваний
- динамическое наблюдение
- школы здоровья и другие

IV. Доступность (рис. 1).



*Рис. 1. Основные принципы оказания
первичной медико-санитарной помощи*

Задачи поликлиники:

Оказание медицинской помощи населению:

1. доврачебная
2. врачебная
3. специализированная медико-санитарная помощь
4. неотложная помощь

Профилактические мероприятия по снижению заболеваемости восстановительное лечение и реабилитация

Клинико-экспертная деятельность по оценке качества/эффективности диагностики и лечения

Диспансерное наблюдение

Определение медицинских показаний при **направлении в МО**

Паллиативная МП

Медицинские осмотры

Экспертиза временной нетрудоспособности

Мероприятия по **пропаганде ЗОЖ**. Выявление и оказание медицинской помощи данным лицам:

- курящие
- лица, злоупотребляющие алкоголем
- лица с повышенным риском развития хронических неинфекционных болезней

Повышение квалификации врачей, медсестер, фельдшеров

Отчетно-учетная документация

Осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями.

Поликлиника. Определение. Виды

Структурные подразделения поликлиники

Структурные подразделения поликлиники в себя включают:

- регистратура;
- отделение/кабинет доврачебной помощи;
- отделение общей врачебной (семейной) практики;
- отделение/кабинет первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- отделения первичной специализированной медико-санитарной помощи (травматолого-ортопедическое, хирургическое, оториноларингологическое, офтальмологическое, неврологическое и другие);
- кабинеты врачей-специалистов;
- отделение/кабинет неотложной медицинской помощи;
- отделение/кабинет функциональной диагностики;
- отделение/кабинет медицинской профилактики;
- центр здоровья;
- помещения/учебные классы, аудитории для проведения групповой профилактики (школ здоровья);
- дневной стационар;
- информационно-аналитическое отделение/кабинет медицинской статистики;
- организационно-методический кабинет/отделение;
- административно-хозяйственные подразделения (рис. 2).

Руководство поликлиники:

Главный врач – ответственный за:

- качество медицинской помощи;
- разработку и организацию выполнения плана МП;
- административно-хозяйственную;
- финансовую деятельность;
- другие организационные вопросы МП.

Заместители главного врача:

- по лечебной работе (качество лечебно-диагностической и профилактической деятельности МП);
- по клинико-экспертной работе.

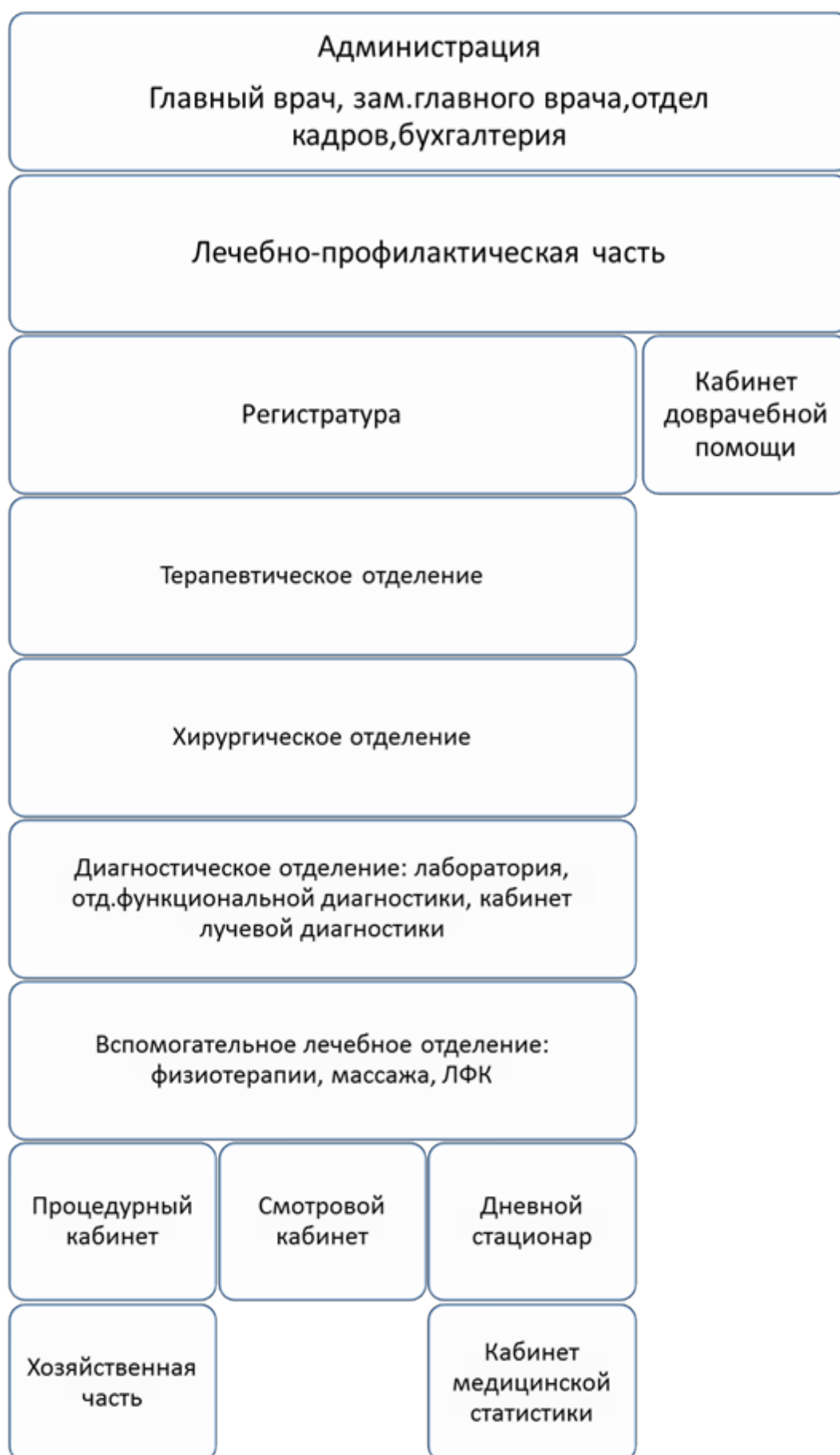


Рис. 2.

Структура поликлиники

В регистратуре происходит первое знакомство пациента с поликлиникой + распределение потоков пациентов (рис.3).

Отделение профилактики. Основное направление деятельности этого отделения заключается в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

Кабинеты:

- доврачебный;
- смотровой женский;
- санитарного просвещения и гигиенического воспитания;
- диспансеризации.



Рис. 3.

Основные задачи отделения профилактики:

- раннее выявление больных и лиц с риском заболеваний проведение;
- контроля диспансеризации;
- профилактических прививок взрослому населению;
- плана мероприятий по профилактике заболеваний на территории обслуживания поликлиники;
- формирование ЗОЖ у населения (рис. 4).

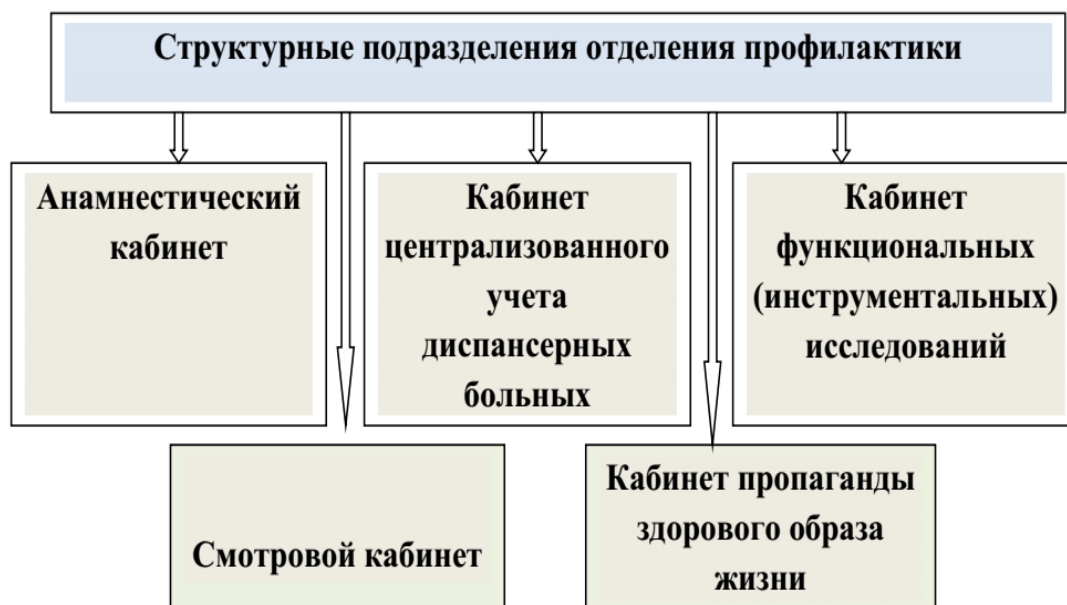


Рис. 4.

Отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи – это структурное подразделение поликлиники для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, неопасных для жизни и **не требующих экстренной специализированной медицинской помощи**.

Неотложная МП оказывается на дому – в течение 2 часов после поступления обращения за МП

– В случае отсутствия эффекта от оказываемой МП – стационарная укладка экстренной МП + транспортировка больного в МП.

– После оказания неотложной МП больному – направление к врачу/участковому врачу + активное посещение в течение 24 часов.

Правила организации деятельности мобильной медицинской бригады

Мобильная медицинская бригада организуется в структуре МП/структурного подразделения, оказывающей ПМСП.

Для проведения:

- профилактического медицинского осмотра
- диспансеризации
- оказания ПМСП населению/жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста/расположенных на значительном удалении от МП/имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато – географических условий.

Правила организации деятельности дневного стационара

Дневной стационар – структурное подразделение МО для оказания ПМСП, не требующее врачебного наблюдения в течение 24 часов (рис. 5).

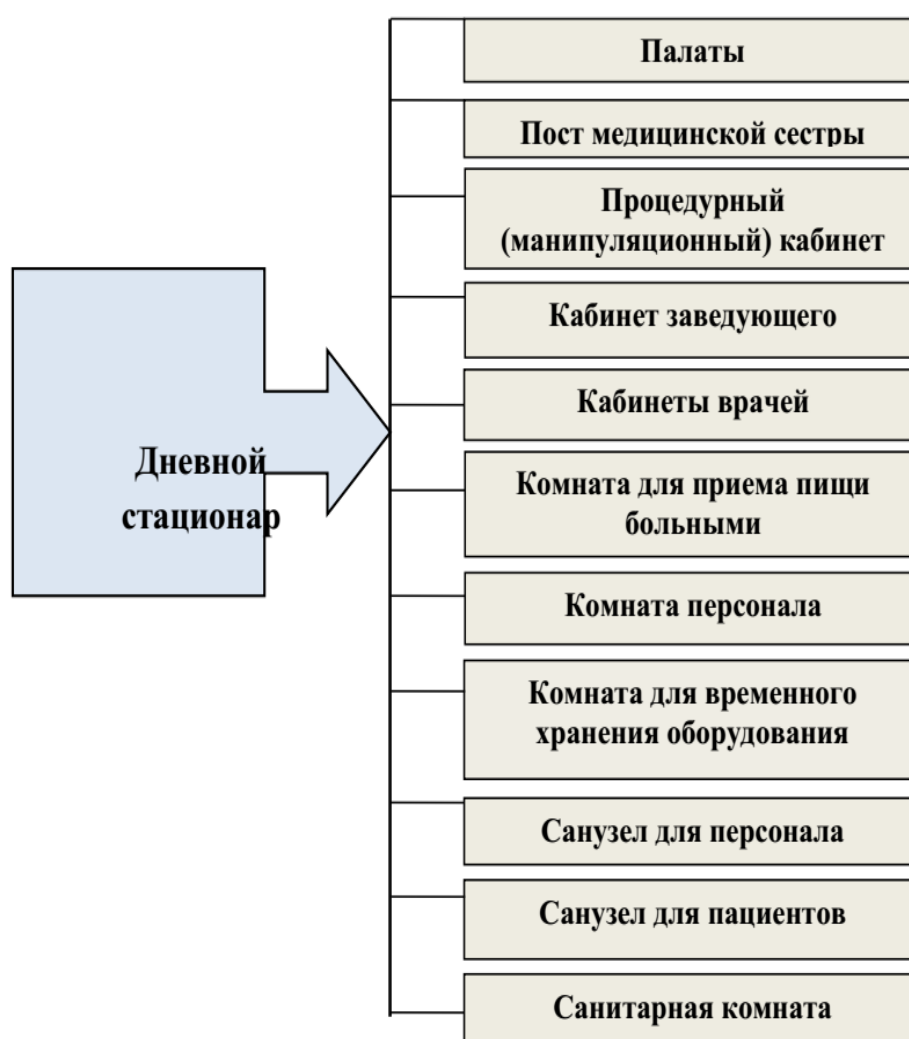


Рис. 5.

Дневной стационар:

- оказание медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- лечение больных (выписанных из стационара под наблюдение врача МП после оперативных вмешательств)/проведение; лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях МП.

Функции:

- применение современных методов диагностики + лечения + реабилитации больных;
- ведение учетной и отчетной документации + отчеты о деятельности;
- мероприятия по ↑ квалификации врачей и средних медицинских работников.

Правила организации деятельности ФАП

Основные задачи:

- **диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний +** хронических заболеваний и их обострений/других состояний, травм, отравлений по назначению врача;
- своевременное и в полном объеме **выполнение назначений врача** в соответствии с действующими стандартами оказания ПМСП;
- направление больных с хроническими заболеваниями к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;
- организация патронажа детей и беременных женщин;
- систематическое **наблюдение за состоянием здоровья** отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- проведение профилактических и лечебных мероприятий;
- проведение под руководством врача комплекса профилактических/**противоэпидемических/санитарно-гигиенических мероприятий**, направленных на снижение заболеваемости, особенно инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- проведение подворных/поквартирных **обходов** с целью выявления больных инфекционным заболеванием и контактных с ними лиц;
- извещение в установленном порядке центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований;

– **обеспечение рецептами на лекарственные средства** для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи и граждан, имеющих право на получение лекарственных средств бесплатно и со скидкой;

– реализация лекарственных средств + медицинских изделий в случае отсутствия на территории населенного пункта аптечных организаций;

– осуществление взаимодействия с медицинскими организациями/территориальными органами Роспотребнадзора/Росздравнадзора по вопросам оказания доврачебной медицинской помощи;

– осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Врач поликлиники оказывает первичную врачебную медико-санитарную помощь.

Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Организация деятельности врача-терапевта участкового

Терапевт участковый – это врач, имеющий документ по специальности Лечебное дело, сертификат специальности «Терапия».

Основные принципы работы врача-терапевта участкового:

- соблюдение врачебной этики и деонтологии;
- соблюдения врачебной тайны.

Рабочее время:

- амбулаторный прием;
- участок (выполнение вызовов врача на дом/активное наблюдение больных на дому).

Ежемесячно:

- 12 часов профилактическая работа, из них 4 часа – санитарное просвещение.

Расписание работы при 5-дневной рабочей неделе:

- система чередования утренних и вечерних приемов – **скользящий график**
- амбулаторный прием 4 часа;
- оказание помощи на дому 3,5 часа.

Активные посещения пациентов на дому врачом проводятся с целью проведения всех лечебных мероприятий, решения вопроса о госпитализации, организации ухода и лечения.

Субботные, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи.

При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар.

Основная медицинская документация участкового терапевта

Наименование документа	Учетная форма
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	№025/у
Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	№025-1/у
Контрольная карта диспансерного наблюдения	№030/у
Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг	№030-13/у
Дневник работы врача поликлиники	№039/у
Книга записи вызовов врачей на дом	№031/у
Направление на госпитализацию, обследование, консультацию	№057/у-04
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	№058/у
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	№025-2/у
Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в учреждении	№071/у
Сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, отравлений, травм	№071-1/у
Журнал учета клинико-экспертной работы МО	№035/у-02
Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы №086/у и №086-1/у)	№086-2/у
Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	№028/у
Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	№086/у
Рецептурные бланки	№107-1/у №148-1/у-88 №148-1/у-04(л)

Паспорт участка

Основным документом на терапевтическом участке является медицинский **паспорт участка**.

Структура:

- общая характеристика участка – степень благоустройства, озеленения, подъездные пути, промышленные предприятия и т.д.;
- санитарно-демографические данные (численность населения, возрастно-половой состав, смертность, летальность);
- показатели заболеваемости (по обращаемости, результату, осмотров, травматизм, инвалидность, страдающих туберкулезом, алкоголизмом);
- характеристика населения подлежащего диспансеризации с показателями ее качества и эффективности;
- санитарно-оздоровительные и противоэпидемические мероприятия (план работы).

Данные в паспорт вносятся систематически, обобщают и анализируют в начале года, следующего за отчетом.

Основные задачи участкового врача:

- первичная врачебная медико-санитарная помощь на приеме в поликлинике/при обслуживании на дому;
- организация/непосредственное проведение системы профилактических мероприятий среди населения участка путем внедрения и совершенствования диспансерного метода работы;
- снижение заболеваемости и смертности обслуживаемого населения;
- обеспечивать активное выявление заболевания на ранних стадиях патологического процесса, оказывать своевременную помощь на приеме, на дому;
- осуществление наблюдения за диспансерными пациентами на участке;
- всех необходимых случаях организовать консультации для больных (заведующий терапевтическим отделением, врачей специалистов) в целях улучшения качества диагностики, лечения и реабилитации заболевших;
- повышать свою квалификацию и квалификацию медицинской сестры;
- организовать и проводить санитарно-просветительную работу на участке.

Унифицированные формы медицинской документации в амбулаторных условиях

Форма медицинской документации установлена в соответствии с Приказом МЗ РФ от 15.12.2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Согласно приказу утверждены следующие формы документации:

- N 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;
- N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;
- N 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»;
- N 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»;
- N 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение»;
- N 072/у «Санаторно-курортная карта»;
- N 086/у «Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)»;
- N 086-2/у «Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы N 086/у и N 086-1/у)».

Показатели деятельности поликлиники

Группа I.

1. Средняя численность населения на участке:

Численность населения на территории обслуживания поликлиники /
Число врачебных участков

2. Укомплектованность поликлиники кадрами, (%)

Число занятых врачебных должностей /
Число штатных врачебных должностей * 100

Оптимальная укомплектованность поликлиники кадрами должна составлять 100 %.

1. Участковость обслуживания населения терапевтами (педиатрами) в поликлинике, (%)

Число посещений участковых врачей жителями своих участков /
Общее число посещений участковых врачей * 100

Показатель характеризует соблюдение принципа участкового обслуживания населения при посещениях к врачам в поликлинике. При правильной организации работы участковых врачей этот показатель находится в пределах 85-90%.

2. Участковость обслуживания населения терапевтами (педиатрами) на дому, (%)

Число посещений на дому, сделанных участковыми
врачами-терапевтами по своим участкам /
Число всех посещений врачами-терапевтами на дому * 100

3. Выполнение плана профилактических медицинских осмотров населения, (%)

Осмотрено лиц, подлежащих профилактическому
медицинскому осмотру /
Число лиц, подлежащих профилактическому
медицинскому осмотру по плану * 100

Этот показатель должен приближаться к 100%.

4. Частота заболеваний (распространенность) по данным профилактических медицинских осмотров (на 100 осмотренных лиц):

Число заболеваний, выявленных
при профилактических медицинских осмотрах /
Число лиц, осмотренных при профилактических
медицинских осмотрах (всего) * 100

Группа II.

1. Охват населения диспансеризацией (на 1000 человек):

Количество человек, состоящих на диспансерном
наблюдением в течение года /
Общая численность обслуживаемого населения * 100

2. Охват диспансеризацией здоровых, практически здоровых и больных. Определяется отдельно по группе диспансерного наблюдения:

Число здоровых (практ.здоровых, больных),
состоящих на «Д» учете /
Общая численность обслуживаемого населения * 100

И так, в данном пособии рассмотрены основные вопросы организации амбулаторно-поликлинической службы, аспекты деятельности врачей поликлинического звена.

Общие вопросы экспертизы нетрудоспособности

Экспертиза нетрудоспособности является одной из важнейших сторон деятельности врача любой специальности. Значимость этого раздела медицины обусловлена актуальностью решаемых задач, главными из которых являются максимально длительное сохранение трудоспособности, профилактика и снижение заболеваемости инвалидности, увеличение трудового потенциала страны.

Основными задачи, стоящими перед экспертизой являются:

- **оценка трудоспособности** при возникновении заболевания или травмы, которое влечет снижение или потерю профессиональной трудоспособности;
- изучение **причин заболеваемости** и инвалидности;
- разработка и внедрение в практику медицины научно-обоснованных **трудовых рекомендаций** больным и инвалидам;
- определение **показаний к различным видам социальной помощи:** пособие по временной нетрудоспособности, пенсии, протезирование и т.д.

Рассмотрим некоторые общие понятия.

Трудоспособность – состояние организма человека, характеризующееся физическими и духовными критериями для выполнения профессионального труда определённого объёма и характера без ущерба для здоровья.

Нетрудоспособность – временная или стойкая, полная или частичная потеря профессиональной трудоспособности вследствие заболевания, травмы или их последствий, анатомического дефекта, либо по причинам, обусловленным законодательством по социальному страхованию.

Здоровье – это состояние полного физического/душевного/социального благополучия, а не только отсутствие болезни/анатомического дефекта.

Здоровье по определению ВОЗ одно из основных прав человека.

Здоровый образ жизни – означает привычки, поведение, социальный и сексуальный стиль жизни человека, гигиенические навыки, выполняемые им, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья, предупреждению возникновения нарушений здоровья.

С этой точки зрения образ жизни не является задачей чисто медицинской, а скорее социальной, хотя нельзя отрицать тот факт, что врачи играют весьма заметную роль в оздоровлении не только конкретного человека, но всего общества в целом.

Факторы риска – факторы экологического и социального характера, являющиеся потенциально опасными для здоровья.

К **экологическим** можно отнести факторы окружающей и производственной среды, которые не всегда зависят от человека.

Социальные – экономические, жилищные, а также и ряд экологических факторов.

Огромное значение придается **индивидуальным** факторам риска – поведенческим, генетическим, биологическим особенностям пациента, которые не только повышают риск развития болезни, но во многом определяют прогрессирование заболевания и риск неблагоприятного исхода (инвалидность и летальность).

Факторы среды обитания

1) Биологические:

- вирусные;
- бактериальные.

2) Химические.

3) Физические:

- шум;
- вибрация;
- ультразвук;
- инфразвук;
- тепловые;
- ионизирующие;
- неионизирующие и иные излучения.

4) Социальные:

- водоснабжение;
- условия труда;
- отдыха.

5) Климатические и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений.

Группа риска – группа лиц, у которых выявляют различные факторы риска возникновения различных заболеваний, травм либо других нарушений здоровья. Отдельно выделяется **группа высокого риска** – пациенты, среди которых вероятность развития нарушений здоровья очень высока и часто заканчивается крайне неблагоприятно.

Экспертиза временной нетрудоспособности

Временная нетрудоспособность

Состояние организма, при котором нарушение функций, обусловленное заболеванием или травмой, препятствующее выполнению профессионального труда, носят временный, обратимый характер.

Отличием временной нетрудоспособности от стойкой является восстановление нарушенных функций организма. Пациент возвращается к работе по основной профессии или к работе равноценной или к работе более высокой квалификации, но никак не ниже. ВН наступает при остром патологическом процессе, обострении хронического заболевания, развитии декомпенсации, пароксизме, кризах, при травмах и т.д.

Выделяют ещё ряд состояний, которые вызывают отстранение человека от работы:

- уход за больным членом семьи
- карантин
- бактерионосительство
- санаторно-курортное лечение
- протезирование и т.д.

Стойкая нетрудоспособность

Состояние организма, при котором нарушение функций, обусловленное заболеванием, травмой или их последствиями, несмотря на проводимые реабилитационные мероприятия, принимают стойкий, необратимый характер и приводят больного к необходимости прекращения всякого профессионального труда на длительный период либо постоянно или к необходимости значительных изменений условий труда.

Экспертиза временной нетрудоспособности – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) проводится лечащим врачом в МП независимо от уровня, профиля, ведомственной принадлежности, формы собственности медицинского учреждения.

Лечащий врач – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлинических или стационарных медицинских учреждениях.

Лечащим врачом не может быть врач:

обучающийся в ВУЗе или образовательном учреждении последипломного образования (клинические ординаторы, аспиранты). Но если в свое основное рабочее время они работают по совместительству в МО, там они являются лечащими врачами и приказом главного врача им может быть дано право на выдачу листов нетрудоспособности.

Согласно законодательству, лечащий врач может быть выбран самим пациентом или назначаться главным врачом МП. Однако, если пациент, не найдя общего языка с врачом, требует его замены, администрация МО должна оказать содействие в замене. Конечно, больной должен предъявить серьёзные обоснования своего недовольства врачом для того, чтобы подобная замена имела место.

Лечащий врач, по согласованию с администрацией МО, сам может отказаться от лечения своего пациента, если это не угрожает жизни больного и здоровью окружающих. Подобный прецедент может произойти в том случае, когда больной не соблюдает предписаний врача или правил распорядка МО и мотивирует это недоверием к лечащему врачу.

Лечащие врачи, работающие в государственных/муниципальных/частных учреждениях здравоохранения, осуществляют проведение ЭВН на основании лицензии, выданной учреждению в целом. Согласно законодательству, право на проведение ЭВН имеют и врачи, занимающиеся частной практикой вне лечебного учреждения.

Они должны иметь:

– удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе трудоспособности, причём длительность прохождения усовершенствования должна быть не менее 144 часов (24 дня).

– удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе трудоспособности, причём длительность прохождения усовершенствования должна быть не менее 72 часов (12 дней).

Примечание – 144 часа нужно бывшим замам по КЭР, председателям ВК. Простые врачи и зав отделениями учатся 72 часа (2 недели).

Клинический прогноз

При решении вопросов ЭВН необходимо, в первую очередь, учитывать два вида прогнозов: **клинический и трудовой.** В повседневной клинической практике, когда необходимо решать вопросы ЭВН, упор делается на клинический прогноз.

Клинический прогноз – это предположение о том заболевании, может развиться у пациента в будущем, на фоне патологического состояния, имеющегося на сегодняшний день.

Клинический прогноз может быть:

- благоприятным;
- неблагоприятным;
- сомнительным.

Благоприятный – когда имеется уверенность в том, что заболевание, возникшее у больного, не сопровождается значительными нарушениями функций органов и систем, и закончится, не оставив после себя серьёзных последствий (при острых заболеваниях или при обострении хронических процессов с лёгким или среднетяжёлым течением, при легких травмах).

Сомнительный – когда возможность чётко представить конечный результат проводимого лечения отсутствует и необходим иногда достаточно большой промежуток времени, чтобы прогноз стал более определенным.

Неблагоприятный – когда у врача нет сомнений, что финал возникшего заболевания будет для пациента неблагоприятным, т.е. надежды на полное выздоровление или восстановление нарушенных функций нет, и патологический процесс несмотря ни на что будет прогрессировать.

Трудовой прогноз

Трудовой прогноз – это трудоспособность, которая будет определена пациенту после выздоровления или после стихания процесса обострения. Так же, как и в случаях клинического прогноза, различают профессиональный прогноз:

- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

Благоприятный – различают 2 вида благоприятного трудового прогноза:

- а) если больной возвращается к работе, не имея группы инвалидности;
- б) если больной продолжает работу после установления группы инвалидности.

Благоприятный трудовой прогноз оценивается и определяется на ближайший год. Вопрос этот решается, прежде всего, через ВК.

Если трудовой прогноз благоприятен, то больной может быть временно нетрудоспособен в течение 10 месяцев (в отдельных случаях – до 12 месяцев), а по решению МСЭК – на весь период лечения.

Неблагоприятный – когда нет сомнений в том, что больной не сможет вернуться к своей профессиональной деятельности. Тогда, не дожидаясь установленного срока в 10 месяцев, он может быть направлен на МСЭ.

Сомнительный – при подобном виде прогноза необходимо иметь время для уточнения последнего. Но не более 4-х месяцев.

В практической жизни при сомнительном трудовом прогнозе врачи чаще всего решают вопрос в пользу неблагоприятного прогноза, т.е. сомнительный трудовой прогноз может служить основанием для направления больного на МСЭ.

На трудовой (профессиональный) прогноз упор делается, если стоит вопрос об определении группы инвалидности.

Трудовой прогноз зависит от клинического, но не всегда с ним совпадает.

Клинический прогноз может быть неблагоприятным, но трудовой – ещё долгое время может оставаться хорошим.

Подобная ситуация часто возникает при хронических заболеваниях со стойкими, выраженными нарушениями функций, которые не ограничивают трудовых возможностей, особенно у людей умственного труда.

Существует 5 уровней, на которых решаются вопросы экспертизы временной нетрудоспособности (рис. 6).

Заведующие отделениями и заместители главного врача по КЭР являются промежуточными звеньями при проведении ЭВН.

Обязанности лечащего врача по проведению ЭВН

Лечащий врач (в данном случае мы говорим об участковом терапевте) первым определяет признаки ВУТ на основании оценки состояния здоровья пациента с учетом характер и условий его труда. Он фиксирует в первичной медицинской документации:

- жалобы больного
- данные анамнеза его жизни
- историю развития заболевания
- наличие факторов риска, имеющих у пациента.



Рис. 6.

Затем формулируется предварительный диагноз, который сразу же, даже до проведения специальных дополнительных исследований, должен содержать указания на степень выраженности функциональных нарушений (хотя бы предположительно), наличие имеющихся осложнений основного заболевания, которые зачастую обуславливают временную нетрудоспособность или изменяют её длительность.

Лечащий врач назначает необходимые обследования, консультации, призванные не только подтвердить поставленный диагноз, но и провести дифференциальную диагностику между предполагаемым заболеванием и другими нозологическими формами, имеющими сходную клиническую картину.

Далее он начинает проведение рекомендованных или назначенных лечебно-оздоровительных мероприятий, причем для лечения не только основного заболевания, но и имеющихся осложнений, сопутствующих заболеваний и т.д. Надо помнить, что назначение любых лечебных процедур необходимо начинать с рекомендации охранительного режима.

Лечащий врач первым определяет сроки ВН с учётом индивидуальных особенностей течения:

- основного заболевания;
- сопутствующих заболеваний;
- наличия осложнений;
- в обязательном порядке принимая во внимание ориентировочные сроки пребывания больного на листе нетрудоспособности.

При последующих визитах больного к врачу или врача к пациенту в первичной медицинской документации отмечается динамика состояния пациента, при необходимости назначаются дополнительные обследования, консультации, проводится коррекция режима и лечебных мероприятий.

В конце дневника обосновываются и отмечаются даты продления листка нетрудоспособности и следующего осмотра больного врачом.

При выписке больного на работу в последнем дневнике лечащий врач описывает состояние пациента на момент последнего осмотра, отмечает эффективность проведённого лечения, анализирует данные обследования, формулирует заключительный диагноз.

Обязательно указывается: трудоспособность восстановлена полностью, частично или не восстановлена и отмечается: «Выписан к труду с числа».

Лечащий врач должен вовремя направлять больного на ВК с целью консультации либо продления листка нетрудоспособности свыше 15 дней.

Лечащий врач выявляет признаки стойкого ограничения трудоспособности и жизнедеятельности и организует своевременное направление пациента на МСЭ.

Для этого врач должен осуществлять постоянный динамический контроль состояния здоровья пациента, своевременно проводить все необходимые обследования и реабилитационные мероприятия.

Если у больного появились признаки инвалидности, лечащий врач заполняет посылный лист на МСЭ, куда заносятся все данные о состоянии здоровья больного, результаты всех методов обследования, данные о бытовых условиях, условиях труда и т.д.

Лечащий врач в процессе своей работы анализирует причины заболеваемости с ВУТ и причины первичного выхода на инвалидность.

Лечащий врач должен:

- разрабатывать и внедрять в практику мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности среди обслуживаемого контингента больных;
- постоянно повышать свой профессиональный уровень по вопросам экспертизы трудоспособности;
- посещать постоянно действующие семинары, конференции и т.д.

Между I и II основными уровнями проведения ЭВН в МО существует два переходных этапа: заведующий отделением и заместитель главного врача по КЭР.

Заведующий отделением

Отвечает за постановку диагностических мероприятий и лечебно-профилактическую работу в отделении, заведующий отделением является первой ступенью экспертизы качества.

Функции заведующего отделением делятся на 3 большие группы:

1 группа функциональных обязанностей, **контролирующая** – контроль за выполнением лечащими врачами функциональных обязанностей по организации/проведению лечебно-диагностических мероприятий/осуществлению экспертизы трудоспособности.

Контроль осуществляется в 2 этапа:

а) **на этапе лечения** – заведующий определяет согласие или несогласие с ведением пациента. Например: «С диагнозом лечащего врача согласен. Обследование и лечение продолжать по намеченному плану»; или же он должен четко обосновать своё несогласие и записать: «Рекомендации по лечению...».

Обязательно указывается дата следующего осмотра. Особому контролю должны подлежать те случаи, когда нарушаются средние ориентировочные сроки пребывания больного на листке нетрудоспособности.

б) **по законченным случаям** – это ретроспективный контроль, не предусматривающий личного осмотра больных, а только проведение контроля качества оформления медицинской документации. В данном случае заведующий выступает как эксперт контроля качества.

Заведующий отделением не имеет права на выдачу листков нетрудоспособности, если только по приказу главного врача он не выполняет одновременно функции лечащего врача.

II группа функциональных обязанностей, консультативная – заведующий отделением консультирует сложные в диагностическом и клинико-экспертном отношении случаи, независимо от сроков временной нетрудоспособности.

Заведующий отделением не имеет права на выдачу листков нетрудоспособности, если только по приказу главного врача он не выполняет одновременно функции лечащего врача.

III группа обязанностей, организационно-методическая

- выявление ошибок и дефектов в работе лечащих врачей своего подразделения;
- проведение их разбора;
- проведение анализа допущенных ошибок и планирование формы повышения квалификации врачей подразделения;
- проведение ежемесячного анализа причин и сроков ВН, причин первичного выхода на инвалидность по своему подразделению;
- решение вместе с администрацией вопросов о внедрении в практическую работу новых методов диагностики и лечения, приобретения новой аппаратуры, обучения врачей на факультетах усовершенствования для оптимизации работы в отделении.

Основные ошибки, которые допускают в работе врачи:

- незнание патологии, клиники, современных методов диагностики и лечения
- неумение правильно интерпретировать данные, полученные при диагностическом поиске (клинико-лабораторные показатели, заключения консультантов-специалистов)
- незнание нормативных документов

Следующий промежуточным звеном между лечащим врачом и ВК является заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.

Заместитель главного врача по КЭР

Возглавляет работу по контролю качества и эффективности лечебно-профилактической деятельности поликлинического учреждения в целом. На эту должность назначается высококвалифицированный специалист, имеющий опыт лечебной и организационной работы, прошедший повышение квалификации по КЭР или по вопросам ЭВН.

Должность эта вводится в МО, имеющем в штате не менее 25 врачебных должностей.

Основные функции у заместителя по КЭР:

I группа обязанностей, организационно-методическая

- организует работу по контролю качества в МО, его подразделениях и по деятельности отдельных специалистов;
- руководит работой ВК МО;
- проводит анализ заболеваемости с ВУТ;
- руководит работой по реализации мероприятий, направленных на снижение заболеваемости;
- проводит анализ клинико-экспертных ошибок;
- организует повышение квалификации специалистов МО по вопросам КЭР.

В обязанности заместителя главного врача по КЭР входит:

- организация и руководство постоянно действующими семинарами по изучению всех поступающих нормативных документов по вопросам ЭН;
- организация и проведение ежемесячных научно-практических конференций в рамках МО по КЭР;
- проведение инструктажа всех вновь поступающих на работу врачей по вопросам ЭН;
- организация стажировки лечащих врачей в бюро МСЭ.

Заместитель по КЭР **осуществляет взаимосвязь** с бюро МСЭ и страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования и т.д.

II группа функциональных обязанностей, контролирующая

Заместитель по КЭР осуществляет постоянный контроль по законченным случаям, а также текущий контроль на различных этапах лечебно-диагностического процесса. Он контролирует:

- ведение медицинской документации;
- правильность статистических данных по учёту и отчётности курируемых разделов работы;
- рассматривает совместно с отделениями Фонда социального страхования иски и претензии от учреждений и организаций по экспертизе трудоспособности, а также жалобы отдельных пациентов.

III группа функциональных обязанностей, консультативная

Одной из основных сторон работы заместителя по КЭР является проведение консультаций по сложным в клинико-диагностическом и экспертном отношении случаям, независимо от сроков обращения пациентов за медицинской помощью.

II уровень – врачебная комиссия

Вторым основным уровнем проведения экспертизы временной нетрудоспособности в лечебном учреждении является врачебная комиссия (ВК).

ВК создаётся в соответствии с **приказом руководителя** для коллегиального обсуждения

- всех наиболее значимых вопросов по диагностике, лечению, тактике ведения больных, для совместного решения проблем, связанных с реабилитацией, восстановлением трудоспособности и профпригодности;
- для разрешения возникающих конфликтных ситуаций;
- разбора претензий пациентов и заинтересованных лиц, организаций, учреждений.

Членами ВК становятся ведущие специалисты лечебного учреждения или территории.

Постоянным членом комиссии является её председатель, которым обычно становится заместитель главного врача по КЭР либо заместитель по лечебной работе, заведующий отделением, а некоторых случаях – главный врач.

Для решения глобальных вопросов, серьёзных конфликтных ситуаций заседания ВК собираются в расширенном составе, при необходимости в состав комиссии привлекаются высококвалифицированные врачи других МО, представители кафедр медицинских вузов, специалисты НИИ – на договорной основе.

Если проводится экспертная оценка работы, какого либо специалиста или целого подразделения МО, присутствие проверяемых на заседании комиссии обязательно.

ВК решает при личном осмотре пациента:

- вопрос о дальнейшем лечении;
- возможной коррекции диагноза;
- оценки тяжести функциональных нарушений;
- продления сроков ВН и документов, её удостоверяющих, с учётом индивидуальных особенностей течения заболевания.

ВК проводит контроль:

- качества ведения медицинской документации;
- оформления листка нетрудоспособности или справки;
- за выявлением клинико-экспертные ошибок и устанавливает их причины.

Решение, вынесенное на заседании ВК, вносится в амбулаторную карту (историю болезни) и «Книгу записи заключений ВК».

Диагноз всегда формулируется и записывается полностью.

В конце ВК проставляет дату следующего осмотра пациента без определения конкретных сроков для продления листка нетрудоспособности, которые иногда могут не совпадать.

Копия заключения ВК по требованию больного или его законного представителя выдаётся на руки, заверенная тремя подписями и печатью ВК либо самого лечебного учреждения.

Основные функции врачебной комиссии:

1. Оценка качества эффективности лечебно-диагностического процесса, оценка конечного результата деятельности специалистов и структурных подразделений и учреждений, выполнение Федеральных стандартов, клинических рекомендаций.

2. ВК принимает решения и даёт заключения, по представлению лечащего врача и заведующего отделением по ряду вопросов:

- при продлении листка нетрудоспособности
- в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы трудоспособности
- при решении вопросов о продлении терапии пациенту
- при направлении пациента на МСЭ
- при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу
- целесообразности рационального трудоустройства лиц с ограниченной трудоспособностью
- в случаях исков и претензий медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству оказания МП либо проведения ЭВН
- при направлении на лечение или консультацию за пределы административной территории
- ВК даёт заключение о предоставлении академического отпуска студентам высших профессиональных учебных заведений
- в сложных и конфликтных ситуациях при определении:
 - профессиональной пригодности лиц, работающих во вредных и опасных условиях труда: кандидатов в водители и водителей транспортных средств; кандидатов при поступлении в ВУЗы и средние специальные учебные заведения.

Определение профессиональной пригодности или непригодности пациента – это решение вопроса о рациональном трудоустройстве по рекомендации ВК.

Рациональное трудоустройство – это комплекс мероприятий, которые направлены на организацию труда и соответствуют функциональным возможностям больного и способствуют развитию компенсаторно-приспособительных механизмов.

Каждый гражданин имеет право на труд, который свободно выбирает и на который свободно соглашается, т.е. предлагаемое больному рациональное трудоустройство может осуществляться только с его согласия.

При переводе больного на другую работу: человеку, нуждающемуся в соответствии с медицинским заключением по состоянию здоровья в предоставлении другой работы, администрация **обязана** предоставить такую работу **с письменного согласия самого больного**, временно или без ограничения срока. На заседаниях врачебной комиссии, когда ставятся вопросы рационального трудоустройства больных, желательно присутствие представителя администрации.

Врач должен чётко разъяснить больному, что может ожидать его в случае, если трудоустройство его будет нерационально и убедить пациента не действовать во вред своему здоровью.

При проведении ЭВН, необходимость и сроки временного или постоянного перевода работников на другую работу.

Виды рационального трудоустройства

Выделяют 2 большие группы рационального трудоустройства:

I группа – когда работнику, нуждающемуся в трудоустройстве, предоставляются ограничения на рабочем месте. При этом исключаются противопоказанные виды труда и те функциональные обязанности, которые имеют лишь второстепенное значение в основной работе пациента или выполняются эпизодически, дополнительные нагрузки, работа в неурочное время по совместительству, сдельная работа и др.

II группа – в тех случаях, когда невозможно предоставление облегчённых условий труда на своём рабочем месте, и заболевшему предоставляется такая работа, которая ведёт к снижению квалификации, что, соответственно, приводит к уменьшению размера заработной платы.

Подобное трудоустройство определяется обычно на 2 недели, причём работающему оплачивается среднемесячный заработок. Иногда оно назначается и на более длительный срок, но делается это только с согласия больного и не более чем на 4 месяца. Необходимо помнить, что на постоянную смену работы, на постоянное трудоустройство ВК рекомендаций не даёт, т.к. это прерогатива МСЭ.

Справки, которые выдаёт ВК по рациональному трудоустройству, произвольной формы. В них указывается характер трудовой деятельности, доступной больному: «может выполнять работу ...».

В заключении ВК следует перечислить примерные виды доступного труда или рабочие операции и специальности, которые соответствуют физиологическим возможностям пациента. Обязательно указывается срок перевода на другую работу и вид нетрудоспособности. Диагноз в справке можно не писать.

Если трудоустройство рекомендовано больному с туберкулёзом или профессиональным заболеванием, ему выдаётся так называемый «трудо-вой» или «доплатной» лист нетрудоспособности, но на срок не более чем на 2 месяца, оплата производится по фактическому, а не среднемесячному заработку.

При трудовом увечье больному выплачивается разница между двумя заработками – фактическим и среднемесячным до полного восстановления трудоспособности или до определения группы инвалидности. Длительность периода трудоустройства при трудовом увечье может составлять 1 год.

В некоторых случаях ВК может рекомендовать больному неполный рабочий день. Это понятие необходимо отличать от сокращённого рабочего дня.

Сокращённый рабочий день может быть и нормальным, например, у педагогов, когда выполняется весь объём работы, предусмотренный законодательством и приказом администрации.

Неполный – это неполный объём выполняемой работы. Неполный рабочий день рекомендуется на короткий срок, так как это, в сущности один из критериев группы инвалидности.

Права врачебной комиссии

Права врачебной комиссии заключаются в следующем:

1. ВК имеет право направлять пациентов на лечение в иные медицинские организации, привлекать консультантов из других медицинских организаций, в том числе по линии санавиации.

2. ВК имеет право вносить свои предложения по улучшению организации деятельности МО, направленные на повышение качества оказания МП.

3. Представлять по данным проводимых экспертиз, руководителям органов и учреждений здравоохранения заключения:

- о соответствии специалистов занимаемой должности, квалификационным категориям;

- предложения о наложении штрафных санкций/административных взысканий;

- санкционирует передачу дела в следственные органы.

4. ВК имеет право обращаться в иные МО, организации и ведомства (медицинские и немедицинские) по вопросам оказания медико-социальной

помощи пациентам, для их трудоустройства, профессиональной ориентации и другим вопросам.

III и IV уровни экспертизы временной нетрудоспособности

Они представлены высшими ВК органов управления здравоохранением территорий, входящих в субъект Федерации и самого субъекта Федерации. Роль их, в основном, можно определить как экспертно-контролирующую.

Общие вопросы выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность

Основным документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является листок нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности:

– документ **медицинский**, он выдаётся медицинской организацией, по причине, связанной с медициной: заболевание, травма, санаторное лечение, протезирование, уход за больным, беременность и роды и т.д.;

– документ **юридический**, так как он на законных основаниях разрешает человеку не посещать работу. Кроме того, имея на руках лист нетрудоспособности, болеющий может, например, не явиться на встречу со следователем (если он вызван в качестве свидетеля) и др.;

– документ **финансовый**, так как, предъявив листок нетрудоспособности в бухгалтерию, человек получает по нему пособие;

– документ **социальный** (иногда его называют статистическим). Проводя анализ выданных листов нетрудоспособности, МО, а также администрация делают определённые выводы о распространённости тех или иных заболеваний на данном предприятии, в данном регионе и т.д.

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность граждан и подтверждающими временное освобождение их от работы/учёбы являются:

- листок нетрудоспособности;
- справка установленной формы для учащихся, студентов, детей дошкольного возраста.

Листок нетрудоспособности может быть выдан в 2 видах:

- Листок нетрудоспособности в форме электронного документа
- Листок нетрудоспособности на бумажном носителе

Согласно приказу МЗ от 23.11.2021 № 1089 «Об утверждении условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации», листок нетрудоспособности выдается всем гражданам в форме электронного документа. Бумажные больничные листы выдают только следующим лицам:

- пациенты, сведения о которых относят к государственной или иной охраняемой законом тайне;
- пациенты, в отношении которых приняты меры государственной защиты.

Справки, так же как листок нетрудоспособности, являются юридическим основанием для освобождения граждан от работы и учёбы, что создаёт необходимость строго подхода к их выдаче, учёту и контролю. Но они не дают основания для получения пособия из средств государственного социального страхования.

Существует 2 вида справок:

1. Справки установленной формы. Они выдаются в следующих случаях:

При заболеваниях студентов и школьников и детей дошкольного возраста, это форма № 095у.

2. Справки произвольной формы:

- при проведении обследования призывников и военнослужащих по направлению военкоматов с включением, при необходимости, времени проезда в МО и обратно к месту постоянного жительства;
- лицам, у которых ВН возникла после увольнения по собственному желанию, но совпала с периодом, когда непрерывный трудовой стаж сохраняется. В связи с этим срок этого периода продляется на число дней ВН;
- трудоспособным лицам, находившимся в контакте с венерическими больными на период их обследования и профилактического лечения;
- на время проведения судмедэкспертизы;
- при обращении граждан за консультативной помощью по собственной инициативе в МО различного профиля и уровня;
- лицам, которые находятся в официальной побывке из мест лишения свободы при возникновении у них заболеваний или травм;
- лицам на период их обследования в стационаре для установления факта употребления наркотиков не в медицинских целях;
- при предоставлении медицинского заключения о необходимости бытового ухода за больным членом семьи;
- нуждающимся временно или постоянно в рациональном трудовом устройстве.

Справки, так же как и листок нетрудоспособности, выдаёт лечащий врач, совместно с заведующим отделением.

Во многих случаях – это всё-таки компетенция ВК, в этом случае можно воспользоваться бланком «Заключения ВК».

Право на выдачу документов, удостоверяющих ВН, имеют: лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы ВН.

Врачи, осуществляющие свою деятельность в учреждениях здравоохранения, обычно выдают листы нетрудоспособности по лицензии, которую имеет учреждение здравоохранения, врачи же частной практики должны приобретать её, но только после прохождения цикла усовершенствования (не менее 24 дней, 144 часов) и получения удостоверения «Экспертиза трудоспособности».

Право на выдачу ЛН имеют:

- лечащие врачи туберкулёзных санаториев;
- клиник НИИ протезирования;
- протезостроения;
- МСЭ;
- центров реабилитации, осуществляющих протезирование опорно-двигательного аппарата и стационаров протезно-ортопедических предприятий.

Это право дано им на основании лицензии на проведение ЭВН.

Врачи военных госпиталей, поликлиник выдают лист нетрудоспособности членам семей военнослужащих, начальствующего состава и другим лицам, прикреплённым к данному МО.

В регионах, где нет врача, право на выдачу листка нетрудоспособности, по решению местных органов управления здравоохранением, даётся **фельдшеру медицинской организации:**

- в отдалённых районах;
- на плавающих судах;
- в дальних экспедициях и геологоразведочных партиях;
- в городах – заведующим медицинскими пунктами – фельдшерам, но с обязательным последующим врачебным контролем.

Не имеют права на выдачу листов нетрудоспособности врачи:

- станций (отделений) СМП;
- станций (отделений) переливания крови;
- учреждений судебно-медицинской экспертизы;
- городских курортных водо-, грязелечебниц;
- домов отдыха;

- туристических баз;
- учреждений санэпиднадзора;
- приёмных отделений больниц;
- врачей физкультурных диспансеров, где отсутствуют стационары.

Все перечисленные категории врачей **не являются лечащими**, их общение с больными либо эпизодическое, либо они просто контролируют и осуществляют назначенное лечащим врачом лечение.

Не имеют права на выдачу листка нетрудоспособности:

- центры функциональной диагностики;
- аллергологические центры;
- консультативные центры;
- консультативные поликлиники.

Консультации трудоспособных граждан, направляемых лечащими врачами в эти медицинские организации, а также к профильным специалистам фтизиатрических, эндокринологических, психоневрологических диспансеров в пределах административной территории, осуществляется без выдачи больничного листка.

Врачи консультативных поликлиник республиканских (областных, краевых) больниц имеют лишь право продления листка нетрудоспособности (или справки № 095у), имеющих на руках у пациента, на дни проведения консультации или обследования.

Врачи других специальностей (рентгенологи, эндоскописты, кабинетов функциональной диагностики), а также врачи-консультанты, заведующие отделениями, главные врачи или их заместители по лечебной работе и КЭР, преподаватели ВУЗов права на выдачу листка нетрудоспособности не имеют, если только не ведут по совместительству амбулаторный приём.

Листок нетрудоспособности выдаётся всем работающим на предприятиях, в организациях и учреждениях РФ, независимо от формы собственности, которой принадлежит предприятие.

Лист нетрудоспособности выдаётся тем гражданам, у которых нетрудоспособность наступила в течение месяца со дня увольнения по уважительным причинам.

Уважительные причины увольнения:

- ликвидация предприятия;
- сокращение штатов;
- перевод мужа или жены на работу в другую местность;
- необходимость ухода за больным членом семьи (при наличии медицинского заключения)/за инвалидом I группы;

- при переходе на избранную должность, замещение по конкурсу;
- при зачислении в вузы, СУЗы или другие учебные заведения аспирантуру, ординатуру и др.

В этом случае в графе «Место работы» пишется «По уважительной причине со слов больного», ставится последнее место работы и дата увольнения.

Выписка листка нетрудоспособности производится по документам, удостоверяющим личность больного: паспорт (или аналогичный документ) и СНИЛС.

Выдача ЛН и его продление осуществляются только после личного осмотра больного и подтверждаются записями в карте амбулаторного пациента, где приводится обоснование освобождения пациента от работы (учёбы).

Документы, подтверждающие ВН российских граждан в период их пребывания за рубежом, в том числе по беременности и родам, по возвращении заменяются на листок нетрудоспособности в медицинской организации по месту жительства или работы.

Замена осуществляется ВК, а при её отсутствии – лечащим врачом с разрешения и утверждения администрации МО. Замена медицинских документов осуществляется и в том случае, когда граждане РФ выезжают в страны ближнего и дальнего зарубежья на лечение не по направлению, а по собственному желанию.

При восстановленной трудоспособности к моменту обращения пациента в МО по месту жительства или работы, время проезда за границу и обратно в ЛН не включается. Если ВН продолжается, в ЛН включается, как время пребывания в лечебном учреждении за рубежом, так и дни проезда из-за границы до места постоянного жительства (обратный путь) и при необходимости ЛН продлевается в обычном порядке.

Если лечение за границей проводится по направлению МО, с разрешения местного органа управления здравоохранением, то пациентам выдаётся ЛН еще до его отъезда за рубеж. ЛН выдаётся ВК медицинской организации по месту жительства за подписью главного врача или лица, его заменяющего и администрации территориального органа управления здравоохранением и заверяется гербовыми печатями данных учреждений. Окончательное оформление ЛН будет осуществляться после возвращения пациента из-за рубежа, при наличии у него соответствующих документов из МО зарубежной страны.

– При заболеваниях и травмах лечащий врач выдаёт ЛН единолично и одновременно на срок до 15 дней.

– Продление ЛН > 15 дней производится с заключения ВК.

– Фельдшер может выдавать ЛН единолично и одновременно на срок до 10 дней.

Если возникает необходимость продлить ЛН на срок >15 дней, лечащий врач представляет больного на ВК.

ВК решает вопрос дальнейшего лечения и продления ЛН. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению ВК допускается продление ЛН до полного восстановления трудоспособности, но не более, чем на 4 или 10 месяцев.

В случае заболевания **туберкулезом**, ЛН продлевается **на срок до 12 месяцев.**

Контрольные осмотры врача при этом предусматриваются не реже, чем 1 раз в 15 дней.

В особых условиях (в отдалённой сельской местности, в период распутицы, стихийных бедствий и т.д.) по решению местных органов управления здравоохранением, выдача ЛН может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или до направления больного на МСЭ.

Необходимо несколько слов сказать о правильности формулировки диагноза. В диагнозе должны отражаться все необходимые аспекты, согласно существующей номенклатуре ВОЗ и общепринятым классификациям.

Диагноз должен быть полным, развёрнутым, клиническим, т.е. в нём указывается:

- нозологическая форма заболевания;
- – характер течения;
- функциональные нарушения и степень их выраженности;
- фаза заболевания;
- стадия патологического процесса, если заболевание носит стадийный характер;
- кризы, если заболевание носит кризовый характер, частота и характер кризов;
- этиология заболевания (в некоторых случаях);
- степень выраженности морфологических изменений;
- локализация процесса;
- распространённость процесса;
- наличие осложнений.

Если у пациента имеется не одно, а несколько заболеваний, то подробно расписывают диагноз каждого сопутствующего заболевания, особенно если оно отягощает течение основного патологического процесса.

Необходимо при определении и описании состояния здоровья пациента дать оценку адаптационным и компенсаторным возможностям организма, что имеет немаловажное значение в будущем.

Сроки временной нетрудоспособности зависят от многих критериев, которые носят как медицинский, так и социальный характер.

Медицинские критерии – это, прежде всего, правильная формулировка диагноза согласно существующей номенклатуре ВОЗ и общепринятым классификациям, т.е. то, о чем говорилось выше.

Лист нетрудоспособности продлевается до чёткого определения характера клинического и трудового прогноза.

Если сомнительность прогнозов остаётся и после завершения курсов лечения, в том числе в реабилитационных центрах, то дальнейшее продление ЛН становится нецелесообразным, и больного следует направить на МСЭ.

Искусственное затягивание сроков ВН до 10-12 месяцев у лиц с уже восстановленной трудоспособностью или с наступившей стойкой её утратой является клинико-экспертной ошибкой в деятельности МО.

Критериями восстановления трудоспособности и выписки пациента к труду являются:

- обратное развитие морфологических изменений при острых заболеваниях или травмах;
- стабилизация патологического процесса при хроническом его течении;
- ликвидация клинических симптомов;
- восстановление нарушенных функций или их компенсация;
- небольшие последствия перенесённых травм;
- нормализация показателей лабораторных методов исследования.

При ЭВН больных, особенно страдающих хроническими заболеваниями, ведущее значение имеют не только и не столько морфологические изменения и нозологическая форма, сколько характер течения и тяжесть функциональных нарушений.

К функциональным нарушениям относятся:

- явления интоксикации;
- астенизация;
- температурная реакция;

- расстройства центральной гемодинамики;
- нарушения венозного кровообращения;
- болевой синдром;
- дыхательная недостаточность;
- нарушения зрительного и слухового анализаторов;
- нарушение функции суставов, печени, почек, кишечника, и т.д.



Рис. 7.

К основным социальным критериям относятся:

- профессия больного;
- уровень квалификации в своей профессии;
- должность;
- характер и условия работы;
- сменность работы;
- неблагоприятные метеоусловия на рабочем месте, а также по дороге на работу;
- неблагоприятные санитарно-гигиенические условия на рабочем месте;
- материально-бытовые условия.

Таким образом, обоснованное экспертное заключение и правильная оценка клинического и трудового прогноза, правильное определение состояния трудоспособности возможны лишь при учёте медицинских и социально-профессиональных критериев, сочетание которых создаёт условия для индивидуального подхода к каждому пациенту и определяет тактику медицинской экспертизы.

Частные вопросы экспертизы временной нетрудоспособности

При возникновении заболевания или травмы ЛН выдаётся в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Но случаются прецеденты, когда ЛН (*только по заключению ВК!*) **выдаётся за прошедшие дни**. Например, вызов врача на дом поступил в поликлинику во второй половине дня, когда все врачи уже разошлись на участок. Вызов обычно передаётся дежурному врачу, который обслуживает его после 18 часов. Часто случается так, что в это время кабинет по выписке ЛН уже не работает, поэтому выписывать листок нетрудоспособности приходится на другой день, т.е. за прошедшие дни. При этом **обязательно** в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях должны стоять подписи членов ВК.

Если больной обращается за медицинской помощью в то время, когда амбулаторно-поликлиническое учреждение уже не работает, он может получить помощь в приёмных отделениях больниц, у врачей станций скорой и неотложной медицинской помощи.

Врачи (фельдшера) вышеуказанных учреждений, куда пациент обращается за медицинской помощью, в то время как поликлиники не работают (приёмное отделение стационаров, здравпункты), выдаёт больному **справку произвольной формы** с указанием даты обращения, формулирует предварительный диагноз и отмечает мероприятия, проведённые пациенту, обязательно даётся оценка состояния трудоспособности на момент обращения.

На следующий день либо диспетчер скорой помощи сообщает в поликлинику по месту жительства о таком больном, либо сам пациент приходит в МО или вызывает врача на дом.

Участковый терапевт активно посещает больного или осматривает его на приёме и при необходимости (если пациент к моменту осмотра продолжает оставаться нетрудоспособным) выписывает ему листок нетрудоспособности задним числом, руководствуясь документами, выданными больному в приёмном отделении, скорой помощью и т.д., причём в ЛН должны стоять подписи членов ВК.

Если же пациент к моменту обращения его в поликлинику по месту жительства или работы будет признан трудоспособным, то листок нетрудоспособности будет выдан ему только на время, которое он не доработал до окончания его смены. Справка фельдшера здравпункта подклеивается в медицинскую амбулаторную карту.

Кроме вышеперечисленных случаев, **листок нетрудоспособности задним числом, за прошедшие дни выдаётся:**

- при заболеваниях российских граждан в странах ближнего и дальнего зарубежья;
- лицам в связи с психическим заболеванием и поздним обращением к врачу в силу болезненного состояния; в этих случаях листок нетрудоспособности выдаётся не более как за неделю невыхода пациента на работу;
- лицам при установленной ВН, направленным на МСЭ; при экспертном заключении «Долечивание», ВК продляет листок нетрудоспособности за весь период освидетельствования сразу;
- при возможных организационных недочётах по вопросам ЭВН в отдельных МО (неявка пациента в стол выдачи листка нетрудоспособности; неправильное определение признаков ВН при первичном обращении; отсутствие бланков листов нетрудоспособности и т.д.).

Если нужно консультировать больного в специализированных учреждениях за пределами административной территории, то по решению ВК или главного врача, больному выдаётся ЛН на число дней, необходимых для проезда.

В специальной графе в ЛН фиксируется запись о направлении пациента в специализированную МО за пределы региона с указанием конкретного города; подписывается такой листок нетрудоспособности лечащим врачом и членами ВК или главным врачом (либо лицом его заменяющим) и скрепляется печатью.

При выписке больного из стационара ЛН выдаётся за все дни стационарного лечения.

При проведении операции ЛН оставляют открытым, но не более, чем на 10 дней. Продление его проводится у хирурга поликлиники.

Из терапевтического стационара больного обычно выписывают сразу с закрытым больничным листом, в нём указывается срок, когда больной должен приступить к труду.

При восстановлении трудоспособности больного лечащий врач может единолично закрыть ЛН, выданный стационаром, удостоверяя его своей подписью и печатью МО.

Если же ВН будет продолжаться и далее, ЛН продляется в обычном порядке через ВК.

При выписке больного из стационарного учреждения в эпикризе наряду с медицинскими данными о диагнозе, результатах проведённого обследования и лечения, рекомендуется план дальнейшего наблюдения и ведения пациента в амбулаторных условиях, а также оговариваются экспертно-трудовые рекомендации.

Если заболевание или травма возникли у пациента в период ежегодного очередного отпуска, в том числе при санаторно-курортном лечении, ЛН выдаётся им на общих основаниях, а отпуск либо переносится на другое время, либо к отпуску присоединяется количество дней, которые были зафиксированы при ВН.

Если ВН возникла у женщины в период нахождения её в отпуске по уходу за ребёнком, или у лица, ухаживающим за ребёнком, при условии, что они работают на дому или неполный рабочий день, им выдаётся ЛН на общих основаниях. Такой же подход должен быть при выдаче ЛН женщинам или другим лицам, осуществляющим уход за детьми инвалидами в возрасте до 16 лет. При этом в амбулаторных условиях по уходу за такими детьми матери или другому лицу, осуществляющему уход, ЛН выдаётся независимо от характера заболевания ребёнка.

При наступлении ВН в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, при нахождении женщины в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребёнком, ЛН выдаётся со дня окончания всех указанных отпусков при условии, что ВН ещё будет к этому моменту продолжаться.

Если ВН наступает у учащихся и студентов, средних и высших профессиональных учебных заведений, то выдаётся справка установленной формы № 095у.

Листок нетрудоспособности не выдаётся трудоспособным больным для проведения лабораторных исследований, лечебных и профилактических процедур. Указанные манипуляции осуществляются в нерабочее время пациента.

Проведение косметических операций (удаление татуировок, бородавок, родинок, морщин и т.д.) осуществляется в период основного и дополнительного отпусков. Однако если возникают осложнения вследствие косметических операций, а также при этих операциях, проводимых по медицинским показаниям (послеожоговые рубцы, последствия травм и т.д.), установленным ВК, ЛН выдаётся на общих основаниях.

Если в период амбулаторного лечения больному назначены инвазивные методы исследования и лечения, требующие продолжительного времени для своего проведения:

- эндоскопия с биопсией;
- химиотерапевтическое лечение по интермиттирующей схеме;
- амбулаторный гемодиализ и другие.

Листок нетрудоспособности, по решению ВК, может выдаваться:

- на короткий срок (1-3 дня);
- прерывисто;
- на дни явки на обследование и лечение.

В ЛН указываются: заболевание, с которым лечится или обследуется пациент, характер обследования и даты проведения лечебно-диагностических процедур, т.е. дни, когда больной освобождается от работы.

Листок нетрудоспособности **не выдаётся** трудоспособным лицам, которые проходят стационарное или амбулаторное обследование **по направлению военных комиссариатов в период их призыва на военную службу**. На этот период они получают справку произвольной формы, а на работе за ними сохраняется среднемесячный заработок.

Если же у них будет обнаружено какое-либо заболевание, требующее лечения и обуславливающее ВН, то они получают ЛН в обычном порядке.

Листок нетрудоспособности **не выдаётся при периодических медицинских осмотрах** работников предприятий пищевой промышленности, водоканалтрестов и водопроводных сооружений, детских учреждений, животноводческих ферм и др.

Если же во время такого осмотра у кого-либо будет обнаружено заболевание, обуславливающее ВН, то ему выдаётся ЛН на общих основаниях, независимо от того, где он будет лечиться: в стационаре или поликлинике.

В направлении на стационарное лечение обязательно указывается, что больной направлен с медицинского осмотра.

Если пациент заболел профессиональным заболеванием в лёгкой форме и не стал инвалидом, то все его последующие обращения к врачу по поводу обострения этого заболевания (или последствий травмы) и устанавливаемая при этом ВН, должны квалифицироваться как профессиональное заболевание или трудовое увечье. В графе «Вид нетрудоспособности» записывается: «Последствия перенесённой травмы на производстве в ... году» или «Профессиональное заболевание».

ЛН не выдаётся лицам:

- находящимся под арестом;
- проходящим судебно-медицинскую экспертизу;
- направленным на принудительное лечение по определению суда.

В этих случаях, если будет обнаружено заболевание, обуславливающее ВН, ЛН может быть выдан только после освобождения пациента из-под ареста и восстановления его на работе. Если больной условно освобождён из мест лишения свободы и в обязательном порядке привлекается к трудовой деятельности, при возникновении заболевания или травмы ему выдаётся ЛН на общих основаниях.

Если пациент направлен на судебно-психиатрическую экспертизу в психиатрическую больницу и после проведения экспертизы и заключения суда остаётся на стационарном лечении в той же клинике или другой, ему выдаётся ЛН со дня поступления на экспертизу. Если на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу направляются свидетели или потерпевшие, а также лица, проходящие по гражданским делам, то за период их нахождения на экспертизе им выдаётся справка произвольной формы, а на производстве за ними сохраняется средняя заработная плата.

Если заболевание или травма, ставшие причиной ВН, явились следствием алкогольного, наркотического или ненаркотического опьянения, то сам факт опьянения фиксируется в карте амбулаторного больного/истории болезни) и в ЛН, в графе «Вид временной нетрудоспособности». В графе «Вид нетрудоспособности» указывается заболевание и вид опьянения (алкогольное, наркотическое, токсикоманическое) или травма, полученная в указанном состоянии.

В тех случаях, когда не представляется возможным дифференцировать характер опьянения, тогда в ЛН медицинской документации регистрируется только сам факт опьянения (например, «Хронический гастрит в фазе обострения, состояние опьянения»).

Если заболевание не является следствием алкогольного опьянения, но больной всё-таки употреблял алкоголь, в графе «Вид нетрудоспособности» фиксируются оба состояния.

Следует особо подчеркнуть, что если опьянение зафиксировано при первичном осмотре, оно отмечается именно в графе «Вид нетрудоспособности», а не в графе «Нарушение режима», так как врач ещё не успел предписать пациенту режим и, следовательно, его нарушение фактически исключается.

В тех же случаях, когда пациент, уже имеющий ЛН в связи с заболеванием или травмой, является на приём в состоянии алкогольного опьянения (или какого-то другого), то лечащий врач делает отметку в больничном листе о нарушении режима, производя запись «Явился на приём числа в состоянии алкогольного опьянения».

В графе «Режим» отмечается вид предписанного лечебно-охранительного режима: стационарный, амбулаторный, домашний, постельный, санаторный.

Если пациент нарушает предписанный лечащим врачом режим, это обязательно отмечается в ЛН.

Виды нарушения режима:

1. Не соблюдение лечебно-охранительного режима:

- выполнение больным работ, противопоказанных ему по состоянию здоровья;
- отсутствие больного дома (при рекомендации постельного режима) в случае активного визита к нему врача или медсестры.

2. Явился на приём к врачу несвоевременно. Даже если больной не смог явиться к врачу по уважительной причине (резкое ухудшение состояния здоровья, экстренная госпитализация в стационар, выезд по уважительной причине за пределы места жительства) в амбулаторной карте делается запись. Если же неявка к врачу была без уважительной причины, и пациент продолжает оставаться нетрудоспособным, то продлевается ЛН/справка со дня его визита к врачу. Если же пациент нетрудоспособен, то в графе «Приступить к работе» писать: «Явился..... числа, трудоспособен».

3. Пришел на приёме (не первичном!) в состоянии алкогольного опьянения.

4. Вышел на работу без выписки и разрешения лечащего врача.

5. Выехал за пределы территории проживания без разрешения лечащего врача (в т.ч. связанное с лечением)

6. Отказался от направления или явиться несвоевременно на ВК и МСЭК. При этом кроме отметки о нарушении режима в графе «Приступить к работе» записывается: «От освидетельствования на МСЭК отказался».

7. Ушел самовольно из МП (стационара). Последнее нарушение не всегда должно служить поводом для выписки больного из стационара. Если по состоянию здоровья больной не может быть переведён на амбулаторное лечение или оно значительно удлинит сроки временной нетрудоспособности, пациента не следует выписывать, но в истории болезни этот факт необходимо отразить.

8. Недостойное поведение больного в МО.

Нарушением режима не будут являться:

- отказ от госпитализации;
- отказ от стационарного лечения.

Врач должен разъяснить пациенту последствия отказа, но если он настаивает на своём, необходимо сделать соответствующую запись в амбулаторной карте, и больной (либо его законный представитель) должны подписать отказ. Следом за ними ставит свою подпись врач.

Решение о закрытии ЛН и выписке больного к труду принимает только лечащий врач. **Не допускается запись** в амбулаторной карте типа: «ЛН закрыт по просьбе больного» или «Больной выписывается к труду по настоятельной просьбе родственников (администрации) и т.д. О негативных последствиях пациент предупреждён». Подобная запись не имеет никакой юридической силы.

В рамках прямых выплат работодатель оплачивает:

- пособие по временной нетрудоспособности, назначаемое в связи с заболеванием или травмой **за первые 3 дня болезни**;
- социальное пособие на погребение;
- 4 дополнительных выходных дня одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами.

Назначение пособия по ВН (выдача ЛН) с первого дня производится при общих заболеваниях, профессиональных заболеваниях, трудовом увечье и т.д. При так называемой «бытовой травме» пособие выдаётся с 3-го дня нетрудоспособности.

Бытовая травма – несчастный случай, произошедший в быту.

Травмы:

- механическая – удар, ушиб, разможение, огнестрельные ранения, укусы животных, змей, насекомых; потёртость, ссадина, вызванная трением;
- химическая – ожог концентрированными растворами кислот и щелочей;
- термическая – ожоги паром, огнём, кипятком, солнечный ожог;
- отравления – кроме пищевого, за исключением отравления грибами; угарным и природным газом; различными химическими веществами, медикаментами;
- поражение электрическим током и молнией;
- тепловой и солнечный удар;
- обморожения;
- внедрение инородных тел через естественные отверстия организма
- инородные тела глаза, уха, трахеи, бронхов, желудка, пищевода и т.д.;
- утопление и погружение в воду и др.

Несчастный случай на производстве:

- травма, в том числе нанесенная другим лицом;
- острое отравление;
- тепловой удар;
- ожог, обморожение;
- утопление;
- поражение электрическим током, молнией, излучением;
- укусы насекомых и пресмыкающихся, телесные повреждения, нанесенные животными;
- повреждения, полученные в результате взрывов, аварий, разрушения зданий, сооружений и конструкций, стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций, повлекшие за собой необходимость перевода работника на другую работу, временную или стойкую утрату им трудоспособности, либо смерть работника, если они произошли;

– в течение рабочего времени на территории организации или вне её (в том числе во время установленных перерывов), в также в течение времени, необходимого для приведения в порядок орудий производства и одежды перед началом и после окончания работы, или при выполнении работ в сверхурочное время, выходные и нерабочие праздничные дни;

– при следовании к месту работы или с работы на транспорте, предоставленном работодателем (или его представителем), либо на личном транспорте в случае использования указанного транспорта в производственных целях по распоряжению работодателя (его представителя) либо по соглашению сторон трудового договора;

– при следовании к месту служебной командировки и обратно;

– при следовании на транспортном средстве в качестве сменщика во время междусменного отдыха (водитель-сменщик на транспортном средстве, проводник или механик рефрижераторной секции в поезде и другие);

– при работе вахтовым методом во время междусменного отдыха, а также при нахождении на судне в свободное от вахты и судовых работ время;

– при привлечении работника в установленном порядке к участию в ликвидации последствий катастрофы, аварии и других чрезвычайных происшествий природного и техногенного характера;

– при осуществлении действий, не входящих в трудовые обязанности работника, но совершаемых в интересах работодателя (его представителя) или направленных на предотвращение аварии или несчастного случая.

Несчастливым случаем на производстве также считается:

– получение заболевания или травмы при защите государственного, общественного, муниципального или частного имущества;

– при защите жизни граждан, независимо от времени и места получения травмы;

– пищевые токсикоинфекции;

– при выполнении донорских функций и т.д.

Для выдачи ЛН с первого дня заболевания, необходимо приложить заполненный «Акт о несчастном случае на производстве» в двух экземплярах, на русском языке либо на русском языке и государственном языке соответствующего субъекта РФ, где необходимы подписи свидетелей (не менее 2-х человек) или подписи членов специальной комиссии. Если такие документы отсутствуют, в ЛН производится запись «Со слов больного».

Таким образом, в пособии освещены важные вопросы организации амбулаторно-поликлинической службы, вопросы временной нетрудоспособности, аспекты деятельности врачей поликлинического звена. На сегодняшний день данный материал является актуальным с учетом современных направлений в здравоохранении.

Задания для самоконтроля

Тестовый контроль для освоения профессиональных компетенций: ОПК-6, ПК-7

Выберите один верный ответ:

1. ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ В ГОСТИ ИЗ МОСКВЫ СЛЕДУЕТ ВЫДАТЬ ДОКУМЕНТ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ:

- а) никакой
- б) листок нетрудоспособности как иногороднему
- в) справку произвольной формы
- г) все неверно

2. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПИСЫВАЕТСЯ В СЛУЧАЯХ:

- а) ни в каких
- б) при наличии нетрудоспособности
- в) если он – работник российского предприятия
- г) заболеваемость туберкулезом

3. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОГОРОДНЕМУ, НУЖНО ЛИ РАЗРЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

- а) не нужно
- б) в 1-й день
- в) в любой день
- г) при закрытии ЛН

4. ПАЦИЕНТУ С ПРИЗНАКАМИ ВН В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ПРИ КОНСУЛЬТАЦИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) выдается
- б) при проживании в данном регионе
- в) не выдается
- г) при выявлении онкологического заболевания
- д) при наличии лицензии

5. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) не выдается
- б) выдается при остром состоянии
- в) выдается при госпитализации
- г) при постановке на учет по безработице

6. ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИЯХ:

- а) УЗИ ОБП
- б) КТ
- в) ректороманоскопия
- г) гастроскопия с биопсией
- д) сцинтиграфия почек

7. ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) не выдается
- б) выдается при карантине в детском саду
- в) при болезни бабушки, присматривающей за ребенком
- г) при тяжелом заболевании, для организации ухода < 7 дней
- д) лицу, находящемуся в очередном отпуске

8. ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭК ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) возраст пациента
- б) допущенные дефекты в лечении
- в) ходатайство предприятия, на котором работает больной
- г) неблагоприятный трудовой прогноз
- д) просьба пациента

9. ВРЕМЕННО НЕТРУДОСПОСОБНОМУ ГРАЖДАНИНУ СТРАН СНГ, ВРЕМЕННО РАБОТАЮЩЕМУ РАЗНОРАБОЧИМ, ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) можно
- б) нельзя
- в) выдать как иногороднему
- г) на общих основаниях

10. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ:

- а) 1-я группа
- б) 2-я группа
- в) 3-я группа

11. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ ЭВН:

- а) лечащий врач
- б) заведующий отделением
- в) ВК МО
- г) главный специалист по ЭВН МЗ РФ
- д) МСЭ

12. ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ЭВН:

- а) лечащий врач
- б) заведующий отделением
- в) ВК МО
- г) главный специалист по ЭВН МЗ РФ
- д) МСЭ

13. ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ЭВН:

- а) лечащий врач
- б) заведующий отделением
- в) ВК органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации
- г) главный специалист по ЭВН МЗ РФ
- д) МСЭ

14. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ:

- а) хронический пиелонефрит
- б) гипертоническая болезнь II степени
- в) левосторонняя пневмония
- г) при всех
- д) ни при каких

15. ПРИ БЫТОВОЙ ТРАВМЕ ВЫДАЕТСЯ:

- а) не выдается никакой документ
- б) листок нетрудоспособности
- в) справка о бытовой травме
- г) справка произвольной формы

16. ТРУДОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВЫДАЮТСЯ МСЭК ПРИ:

- а) III-й группе инвалидности
- б) у инвалидов II-й группы
- в) у инвалидов I-й группы
- г) все верно
- д) все не верно

17. ОСНОВНОЙ УЧЕТНЫЙ ДОКУМЕНТ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) индивидуальная карта амбулаторного больного
- б) листок нетрудоспособности
- в) талон на законченный случай ВН
- г) статистический талон уточненного диагноза
- д) история болезни

18. В ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКЕ УРОВЕНЬ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ИСЧИСЛЯЕТСЯ:

- а) на 1000 населения
- б) на 10 000 населения
- в) на 100 000 населения
- г) на 10 000 занятого населения
- д) на 100 000 занятого населения

19. ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ПОКАЗАТЕЛИ:

- а) первичной инвалидности
- б) общей (накопленной) инвалидности
- в) контингенты инвалидов
- г) детской инвалидности
- д) все перечисленные

20. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) все случаи, сопровождающиеся ВУТ у рабочих и служащих
- б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся ВУТ у рабочих и служащих
- в) все случаи заболеваемости
- г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности

21. СПРАВКА ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЫ:

- а) при бытовой травме
- б) при состояниях, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя
- в) военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью
- г) трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование

22. ЕДИНИЦА НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ УЧЕТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВУТ:

- а) листок ВН
- б) случай ВН
- в) первичное заболевание
- г) впервые выявленное в данном году заболевание
- д) справка о ВН

23. ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) листок ВН
- б) длительность заболевания > 1 месяца
- в) характер патологического процесса
- г) наличие сопутствующих заболеваний

24. ЧИСЛО УРОВНЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) 2
- б) 3
- в) 5
- г) 7
- д) 9

25. ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ПАЦИЕНТЫ (В ГОД ПО ОДНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ):

- а) 4 случая и 60 дней ВН
- б) 2 случая и 50 дней ВН
- в) 4 случая и 30 дней ВН
- г) 6 случаев и 40 дней ВН
- д) 8 случаев и 30 дней ВН

26. НА СКОЛЬКО ДНЕЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫПИСАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) 10 дней
- б) 15 дней
- в) 30 дней
- г) 2 месяца

27. КАКИЕ ВРАЧИ НЕ ИМЕЮТ ПРАВА ВЫПИСКИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- а) врачи СМП
- б) врач-кардиолог поликлиники
- г) фельдшер бригады неотложной помощи
- д) зубной врач

28. НА СКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ МАКСИМАЛЬНО МОЖНО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- а) 12 месяцев
- б) 4 месяца
- в) 10 месяцев
- г) 2 месяца

29. С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЧЕРЕЗ ВК, ЕСЛИ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕВЫШАЮТ 15 ДНЕЙ:

- а) 10 дней
- б) 15 дней
- г) 30 дней
- д) свыше не продлевают

30. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ ЯВИЛСЯ НА ПРИЕМ В НАЗНАЧЕННЫЙ ДЕНЬ, КАКУЮ ОТМЕТКУ В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ:

- а) закрыть листок нетрудоспособности
- б) несвоевременная явка на прием к врачу
- в) никаких отметок не ставится
- г) продолжает болеть

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ
1.	б	11.	в	21.	г
2.	в	12.	в	22.	в
3.	а	13.	в	23.	в
4.	в	14.	в	24.	в
5.	г	15.	б	25.	а
6.	г	16.	г	26.	б
7.	г	17.	в	27.	а
8.	г	18.	б	28.	в
9.	в	19.	д	29.	б
10.	а	20.	а	30.	б

Контрольные вопросы

Код компетенций	Вопросы для контроля
ОПК-6	Расскажите принципы организации амбулаторно-поликлинической службы на современном этапе
ОПК-6	Назовите отчетно-учетную документацию на участке и правила ее ведения
ОПК-6	Какие критерии оценки работы участкового врача используются
ОПК-6	Какие функциональные обязанности участкового врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по экспертизе при проведении ВТЭ
ПК-7	Принципы и этапы организации экспертизы временной утраты трудоспособности
ПК-7	Расскажите особенности оформления листка нетрудоспособности при направлении на врачебную комиссию
ПК-7	Представьте частные случаи выписки листка нетрудоспособности

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Обучающийся 21 года, проживает в общежитии, подрабатывает фельдшером. Заболел 2 дня назад: общее недомогание, отмечает познабливание, слабость, $t=37-37,5^{\circ}\text{C}$. Жалуется на першение в горле, охриплость голоса, насморк, частое чихание, рези в глазах.

Объективный осмотр. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы до 1 см. Слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа. Слизистая конъюнктивы и склеры гиперемирована умеренно, слезотечение. Слизистая ротоглотки и задней стенки глотки гиперемирована умеренно, наблюдается зернистость. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и мочеотделения патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз? ОПК-6.
2. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности. ПК-7.
3. Выпишите документы подтверждающие временную нетрудоспособность пациента. ПК-7.

Ситуационная задача № 2

При обращении пациента 26 лет к участковому врачу выявлены жалобы: общая слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка. 10 дней назад отмечены: насморк, кашель, головная боль. Занимался самолечением. Накануне – температура до 38,4°C.

Объективный осмотр. $t=38,6^{\circ}\text{C}$. Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, отмечается гиперемия лица. ЧД=30 в 1 мин.

Грудная клетка при осмотре и при пальпации не изменена. Перкуссия: справа притупление перкуторного звука под лопаткой, там же при аускультации – дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. РС=98 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД=110 на 60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот без изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз, обоснуйте. ОПК-6.
2. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности. ПК-7.
3. Выпишите документы, подтверждающие временную нетрудоспособность пациента. ПК-7.

Ситуационная задача №3

Больной перенёс острый трансмуральный инфаркт миокарда.

По истечению 4 месяцев временной нетрудоспособности был направлен на освидетельствование в бюро МСЭ для определения группы инвалидности.

Освидетельствован в бюро МСЭ – инвалидом не признан. Трудоспособность больного не восстановлена.

Вопросы:

1. Возможно ли в данном случае продление листка нетрудоспособности? ПК-7
2. Если да, то какой порядок продления? ПК-7.

Ситуационная задача № 4

Гражданин работает частным нотариусом. В период ежегодного оплачиваемого отпуска получил травму, в результате которой наступила временная нетрудоспособность.

Вопросы:

1. Положен ли листок нетрудоспособности данному гражданину? ПК-7.
2. Если да, то какой порядок выдачи листка нетрудоспособности и на какой период? ПК-7.

Ситуационная задача № 5

Больной, работающий бухгалтером, имел ЛН продолжительностью 3 месяца по поводу закрытого перелома правой бедренной кости. По мнению специалистов больному до полного восстановления трудоспособности необходимо ещё 3 месяца.

Вопросы:

В какой срок больной подлежит направлению на МСЭ и какой порядок продления листка нетрудоспособности? ПК-7.

Ответы на ситуационные задачи

Ответы на ситуационную задачу № 1

1. ОРВИ (риновирусная инфекция). Назофарингит, конъюнктивит, ларингит. Острое начало, интоксикационный синдром с субфебрильной температурой, выраженный катаральный синдром, легкой степени тяжести.

2. При остром назофарингите нетрудоспособность, согласно ориентировочным срокам нетрудоспособности, составляет 5-6 дней.

3. Необходимо выписать листок нетрудоспособности на место работы и справку на место учебы. Справку и ЛН может выписать врач единолично, без ВК.

Ответы на ситуационную задачу № 2

1. Правосторонняя очаговая пневмония средней степени тяжести. По шкале CRB-65 – 1 балл, т.о. возможно лечение пациента в амбулаторных условиях.

2. Срок нетрудоспособности при бактериальной пневмонии средней степени тяжести составляет 25-30 дней.

3. Врач может единолично выписать лист нетрудоспособности на 15 дней с последующим продлением через ВК до выздоровления пациента.

Ответы на ситуационную задачу № 3

1. Лицам, не признанным инвалидами, у которых трудоспособность полностью не восстановлена, листок нетрудоспособности продлевается по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности.

2. ЛН продлевают через ВК не реже раза в 15 дней, или до повторного направления на МСЭ.

Ответы на ситуационную задачу № 4

1. Да, положен, если он добровольно вступил в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивает взносы в ФСС РФ.

2. Листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях, на весь период утраты трудоспособности.

Ответы на ситуационную задачу № 5

Больной не подлежит направлению на МСЭ, так как у него благоприятный клинический и трудовой прогноз. Листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 месяцев. В нашем же случае срок временной нетрудоспособности составляет 6 месяцев. Решение вопроса о продлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии осуществляется не реже раза в 15 дней.

Рекомендуемая литература

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов
Основная литература	
Давыдкин И.Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-688 с. – Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента» URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438213.html	Неограниченный доступ
Сторожаков, Г.И. Поликлиническая терапия: учебник / Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. Электрон. текстовые дан. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013. // ЭБС «Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425015.html	Неограниченный доступ
Болезни билиарной системы: учебное пособие / Л.В. Волевач, А.А. Камалова, А.Ш. Нафикова [и др.]; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. БД «Электронная учебная библиотека» // URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib799.pdf	Неограниченный доступ
Болезни билиарной системы: учебное пособие / Л.В. Волевач, А.А. Камалова, А.Ш. Нафикова [и др.]; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. 79 с.	10 экз.
Артериальная гипертензия в практике терапевта поликлиники / Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Л.В. Габбасова [и др.]; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. БД «Электронная учебная библиотека» // URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib800.pdf .	Неограниченный доступ

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов
Артериальная гипертензия в практике терапевта поликлиники: учебное пособие / Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Л.В. Габбасова [и др.]; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Башкирский государственный медицинский университет. Тамбов; Уфа: Консалтинговая компания Юком, 2021. 95 с.	10 экз.
Формулировка диагнозов в амбулаторной практике врача терапевта. Часть 1 / И.В. Ивахненко, И.Ю. Колесникова, Е.А. Сущук, С.И. Краюшкин. Волгоград: ВолгГМУ, 2019. 162 с. // ЭБС "Букап". URL: https://www.books-up.ru/ru/book/formulirovka-diagnozov-v-ambulatornoj-praktike-vracha-terapevta-chast-1-9833616/	Неограниченный доступ
<i>Дополнительная литература</i>	
Пульмонология: учебное пособие / Б.А. Бакиров, Р.А. Давлетшин, И.А. Шарипова [и др.]. Уфа, 2021. БД «Электронная учебная библиотека». URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib764.1.pdf	Неограниченный доступ
Новая коронавирусная инфекция COVID-19 в практике врача-невролога: учебное пособие / М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева, К.З. Бахтиярова [и др.]. Уфа, 2020. БД «Электронная учебная библиотека». URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib752.1.pdf	Неограниченный доступ
Ревматология. Российские клинические рекомендации: научное издание/Общероссийская общественная организация "Ассоциация ревматологов России"; / Под ред. акад. РАН Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2019. 461 с.	1 экз.
Усанова, А.А. Нефрология: учебное пособие / А.А. Усанова, Н.Н. Гуранова. Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2019. 419 с.	10 экз.
Клинические рекомендации по гастроэнтерологии: методические рекомендации / Сост. Е.Г. Грищенко [и др.]. Красноярск: КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. 351 с. // ЭБС Лань. URL: https://e.lanbook.com/book/131431	Неограниченный доступ

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов
Мальчикова С.В. Основные шкалы риска и алгоритмы диагностики и лечения в кардиологии: учебное пособие / С.В. Мальчикова, М.В. Казаковцева, Н.С. Максимчук-Колобова. Киров: Кировский ГМУ, 2018. 63 с. // ЭБС Лань. URL: https://e.lanbook.com/book/136083	Неограниченный доступ
Павленко В.И. Основные аспекты организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению: учебное пособие / В.И. Павленко, О.М. Гончарова. Благовещенск: Амурская ГМА, 2018. 159 с. // ЭБС "Букап". URL: https://www.books-up.ru/ru/book/osnovnye-aspekty-organizacii-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomocshi-vzrosloму-naseleniyu-13085816/	Неограниченный доступ
Мухин Н.А. Избранные лекции по внутренним болезням. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 328 с. // ЭБС «Консультант студента». URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441077.html	Неограниченный доступ
Избранные разделы гастроэнтерологии: клиника и диагностика: учебное пособие / Сост. И.Г. Малахова [и др.]. Ижевск: ИГМА, 2016. 80 с. // ЭБС Лань. URL: https://e.lanbook.com/book/13464	Неограниченный доступ
Артериальная гипертензия в амбулаторно-поликлинической практике: учебное пособие / Л.И. Тюкалова, С.В. Семенова, Е.Л. Наумова и др. Томск: Издательство СибГМУ, 2016. 190 с. // ЭБС "Букап". URL: https://www.books-up.ru/ru/book/arterialnaya-gipertenziya-v-ambulatorno-poliklinicheskoy-praktike-5029028/	Неограниченный доступ
Усанова А.А. Ревматология / Под ред. А.А. Усановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 408 с. // ЭБС «Консультант студента». URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442753.html	Неограниченный доступ
Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: синдромальная диагностика / Под ред. Н.Д. Ющука, Е.А. Климовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 176 с. // ЭБС «Консультант студента». URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440452.html	Неограниченный доступ

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов
Липовецкий Б.М. Атеросклероз, гипертония и другие факторы риска как причина сосудистых поражений мозга. Спб.: Спецлит, 2016. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/ateroskleroz-gipertoniya-i-drugie-factory-riska-kak-prichina-sosudistyh-porazhenij-mozga-3594420	Неограниченный доступ
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А.Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. Ч. 1. 2015. 82 с.	50 экз.
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А.Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. Ч. 1. 2015. // БД «Электронная учебная библиотека». URL: http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf	Неограниченный доступ
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО "Башкирский гос. мед. ун-т" МЗ РФ; сост. А.Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. Ч. 2. 78 с.	50 экз.
Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учеб. пособие / ГБОУ ВПО "Баш. гос. мед. ун-т" МЗ РФ; сост. А.Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. Ч. 2. 2015. // БД «Электронная учебная библиотека». URL http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf	Неограниченный доступ
Кардиология: учебное пособие / Сост. О.В. Соловьёв [и др.]. Киров: Кировский ГМУ, 2015. 139 с. // ЭБС Лань. URL: https://e.lanbook.com/book/136071	Неограниченный доступ
Пульмонология: учебное пособие / Сост. О.В. Мочалова [и др.]. Киров: Кировский ГМУ, 2015. 85 с. // ЭБС Лан. URL: https://e.lanbook.com/book/136095	Неограниченный доступ
Баженов Е.Е. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии / Е.Е. Баженов, В.А. Ахмедов, В.А. Остапенко. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2015. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/kliniko-farmakologicheskie-osnovy-sovremennoj-pulmonologii-3701024	Неограниченный доступ
Сторожаков Г.И. Болезни клапанов сердца / Г.И. Сторожаков, Г.Е. Гендлин, О.А. Миллер. М.: Практика-М, 2015. // ЭБС «Букап». URL https://www.books-up.ru/ru/book/bolezni-klapanov-serdca-78490	Неограниченный доступ

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов
Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. // ЭБС «Консультант студента». URL http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432730.html .	Неограниченный доступ
Нью Д. Гастроэнтерология и питание. М.: Логосфера, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/gastroenterologiya-i-pitanie-75833	Неограниченный доступ
Основы внутренней медицины / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев; под. ред. В.С. Моисеева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. // ЭБС «Консультант студента». URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html	Неограниченный доступ
Чазов Е.И. Руководство по кардиологии: в 4 томах. Т. 3. Заболевания сердечно-сосудистой системы (I). М.: Практика-М, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/rukovodstvo-po-kardiologii-v-chetyreh-tomah-tom-3-86937	Неограниченный доступ
Чазов Е.И. Руководство по кардиологии: в 4 томах. Т. 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы (II). М.: Практика-М, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/rukovodstvo-po-kardiologii-v-chetyreh-tomah-tom-4-86944	Неограниченный доступ
Домницкая Т.М. Атлас электрокардиограмм с унифицированными заключениями / Т.М. Домницкая, Г.А. Аксенова, О.А. Грачева. М.: Медпрактика-М, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/atlas-elektrokardiogramm-s-unificirovannymi-zaklyucheniyami-538611	Неограниченный доступ
Дудко В.А. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга / В.А. Дудко, Р.С. Карпов. Томск: Издательство STT, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/ateroskleroz-sosudov-serdca-i-golovnogo-mozga-2058271	Неограниченный доступ
Карпов Р.С. Атеросклероз: патогенез, клиника, функциональная диагностика, лечение. / Р.С. Карпов, В.А. Дудко. Томск: Издательство STT, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/ateroskleroz-2058710	Неограниченный доступ

Наименование печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов	Наличие печатных и (или) электронных образовательных и информационных ресурсов
Кушаковский М.С. Аритмии и блокады сердца: атлас электрокардиограмм / М.С. Кушаковский, Н.Б. Журавлева, Ю.Н. Гришкин. СПб.: Фолиант, 2014. // ЭБС «Букап». URL: https://www.books-up.ru/ru/book/aritmii-i-blokady-serdca-5165448/	Неограниченный доступ
Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии: научное издание / ред. Е.Е. Баженов, В.А. Ахмедов, В.А. Остапенко. М.: БИНОМ, 2013. // ЭБС «Консультант студента». URL: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785996322411.html	Неограниченный доступ
Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВПО. URL: https://studmedlib.ru	Неограниченный доступ
База данных «Электронная учебная библиотека». URL: http://library.bashgmu.ru	Неограниченный доступ
Электронно-библиотечная система «Букап». URL: https://www.books-up.ru	Неограниченный доступ
База данных электронных журналов ИВИС. URL: https://dlib.eastview.com/	Неограниченный доступ
Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».	Неограниченный доступ
Приказ МЗ РФ от 23 ноября 2021 г. N 1089н «Об утверждении условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации».	Неограниченный доступ

Информация об авторах

Волевач Лариса Васильевна

*Доктор медицинских наук, профессор
Заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Нафикова Айгуль Шаукатовна

*Кандидат медицинских наук, доцент
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Крюкова Антонина Яковлевна

*Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Габбасова Лилия Вадимовна

*Кандидат медицинских наук, доцент
Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Башарова Гузель Радисовна

*Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Республика Башкортостан, г. Уфа*

Давыдович Михаил Григорьевич

Доктор медицинских наук

Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Курамшина Ольга Анатольевна

Доктор медицинских наук, доцент

Профессор кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Сахаутдинова Гюльнар Муратовна

Доктор медицинских наук, доцент

Профессор кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Камалова Алиса Атласовна

Кандидат медицинских наук, доцент

Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Тувалева Лия Салимьяновна

Кандидат медицинских наук, доцент

Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Рахматуллин Азат Салаватович

Кандидат медицинских наук

Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Салихова Альфира Сибагатовна

Кандидат медицинских наук

Доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Демидова Надежда Александровна

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Шакирова Ирина Ирековна

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Загидуллин Тимур Салаватович

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа

Гарипова Роза Айратовна

Ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Республика Башкортостан, г. Уфа