

---

---

# Проблемные статьи и обзоры

---

---

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ КАК ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<sup>1</sup> И.А.Киреева, <sup>2</sup> В.Б.Смычек, <sup>2</sup> А.В.Копыток, <sup>2</sup> Л.Г.Казак

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Минский район, Республика Беларусь

*Проанализированы показатели заболеваемости с временной нетрудоспособностью населения Республики Беларусь, причины роста данного вида трудовой потерь, сформулированы основные задачи экспертизы временной нетрудоспособности в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Сделан вывод о том, что назрела необходимость разработки и внедрения системы межведомственного взаимодействия, направленной на снижение трудовой потерь от временной нетрудоспособности работающих, формирования ведомственной отчетности о причинах временной нетрудоспособности по критериям их полноты и сопоставимости данных, актуальности данных не только по нозологической структуре и уходу, но и по возрасту, полу, профессии, месту работы заболевших. Подчеркнуто, что особое внимание следует уделить разработке механизма усиления ответственности нанимателя за случаи временной нетрудоспособности работников, усиления ответственности граждан за выполнение назначений врача при лечении в период временной нетрудоспособности, оптимизации порядка выплаты и начислению размера пособий по временной нетрудоспособности, изменению порядка отчислений и размера страховых взносов нанимателя в Фонд социальной защиты населения.*

Трудопотери – это многофакторные процессы, отражающие состояние здоровья работающего населения, формирование которых зависит от множества причин. Уровень трудовой потерь имеет прямую связь с производственными, экологическими, демографическими, социально-экономическими факторами, образом жизни, качеством и эффективностью медицинской помощи и выражается уровнем так называемой «временной нетрудоспособности» (ВН), удостоверяемой специальным документом – листком нетрудоспособности или справкой. Известно, что значительное воздействие на уровень трудовой потерь оказывает социальное законодательство, поскольку его льготизация расширяет круг лиц, получающих социальную помощь, и, таким образом, увеличивает трудовые потери.

Социальные показания лежат в основе таких видов ВН, как уход за больным членом семьи; уход за

ребенком до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, и др.

При ВН по социальным и профилактическим показаниям факт утраты трудоспособности отсутствует, но в соответствии с законом Республики Беларусь «Об основах государственного социального страхования» установлена возможность временного освобождения от работы с компенсацией утраченного заработка за счет средств Фонда социальной защиты населения (далее – Фонд).

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

Однако наиболее частым основанием для определения ВН являются медицинские показания, при которых имеется фактическая утрата трудоспособности вследствие болезни или травмы. В соответствии с этим выделяют тот или иной вид (причину) ВН, в зависимости от которого выдается документ, удостоверяющий ВН, определяются порядок оформления и сроки его выдачи, размер и порядок оплаты пособия, составляется статистический анализ заболеваемости и др.

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

Особую значимость аспект изучения и анализа ВН приобретает в связи с ежегодным увеличением показателя демографической нагрузки на трудоспособное население республики. В современных условиях повышение эффективности деятельности органов и учреждений здравоохранения в укреплении и сохранении здоровья экономически активного населения приобретает особую значимость, а в число приоритетных на современном этапе развития здравоохранения входит задача снижения уровня трудопотерь от временной нетрудоспособности при заболеваниях и травмах и в ряде случаев – последующей инвалидности. Уже не отрицается имеющаяся взаимосвязь показателей ВН и первичной инвалидности (ПИ) по отдельным группам болезней, традиционно занимающим основную долю в структуре заболеваемости с ВН: доказана наиболее высокая вероятность инвалидизации при новообразованиях, болезнях системы кровообращения, психических расстройствах, туберкулезе и хронических болезнях органов дыхания.

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

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

1. Исчезновение клинических симптомов заболевания или травмы, свидетельствующее о прекращении острого периода заболевания.

2. Наступление периода реконвалесценции.

3. Факт восстановления нарушенных функций организма до такой степени, при которой больной без ущерба для своего здоровья может приступить к своей работе или к работе в облегченных условиях.

Если же трудоспособность больного не восстанавливается по причине отрицательной динамики течения заболевания и его исхода (хронизация процесса, возникновение инвалидизирующих осложнений, стойкое нарушение функций организма, образование анатомических дефектов, деформаций и др.), то такого пациента необходимо своевременно направить на медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК) для установления инвалидности. Временная нетрудоспособность у таких больных прекращается с даты установления инвалидности.

Таким образом, основные задачи экспертизы временной нетрудоспособности в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, следующие:

1. Комплексное решение вопросов диагностики, лечения, реабилитации и медицинской экспертизы в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, с целью ориентации медицинской помощи на сокращение трудопотерь в связи с ВН и инвалидностью (проведение необходимого обследования в кратчайшие сроки, своевременная постановка диагноза, применение современных протоколов диагностики, лечения и реабилитации, интенсивное лечение с первого дня заболевания (травмы), др.).

2. Обоснованное определение ВН и ее сроков.

3. Своевременное выявление пациентов, нуждающихся в проведении медицинской реабилитации (МР) с целью наиболее полного восстановления функциональных возможностей организма, предупреждения инвалидности или снижения ее тяжести. Проведение МР до направления пациента с признаками инвалидности на медико-социальную экспертизу в МРЭК в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации (ИПР) пациента.

4. Выявление часто и (или) длительно болеющих лиц, проведение комплекса мероприятий по

снижению заболеваемости и профилактике инвалидности, решение вопросов рационального трудоустройства у данной категории пациентов.

5. Вынесение заключений о нуждаемости в изменении условий и (или) характера труда (временном или постоянном) лицам с незначительным ограничением профессиональной трудоспособности в связи с состоянием здоровья.

6. Отбор и своевременное направление пациентов в МРЭК (длительно болеющих; в случае выявления признаков инвалидности; пациентов, признанных инвалидами, с целью изменения причины инвалидности, трудовых рекомендаций, др.).

7. Изучение причин заболеваемости с ВН и инвалидности, проведение мероприятий по их профилактике.

Какой же уровень заболеваемости с ВН, а, следовательно, и уровень трудопотерь у нас в стране? За счет каких заболеваний, травм он формируется? Какова динамика уровня ВН и перспективы оптимизации данного показателя? Ответы на эти вопросы позволяют оценить состояние здоровья нации, оценить ее трудовой потенциал и перспективы увеличения внутреннего валового продукта. При этом прослеживается прямая связь от медицинских показателей через социальные к экономическим показателям.

Нами проведен анализ уровня заболеваемости с ВН населения Республики Беларусь за период с 2009 по 2013 г. Установлено, что, по данным Фонда, уровень трудопотерь в связи с временной нетрудоспособностью (далее – ВН) в период 2009–2012 гг. увеличился на 2,9% – с 741,9 до 763,2 рабочих дней на 100 работающих (рис. 1).

Рост уровня ВН в 2013 г. до 871,1 календарного дня на 100 работающих связан, в основном, с изменением порядка исчисления пособий с июля 2013 г. в связи со вступлением в силу постановления Совета Министров Республики Беларусь от 28 июня 2013 г. №569 «О мерах по реализации Закона Республики Беларусь «О государственных

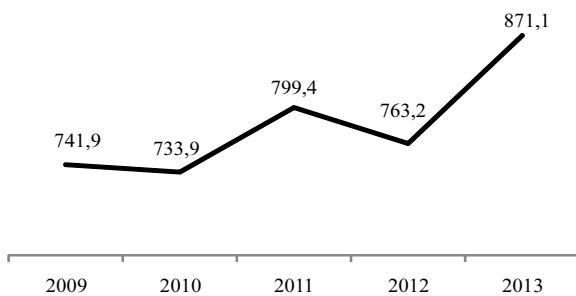


Рис. 1. Показатели трудопотерь в связи с временной нетрудоспособностью в 2009–2013 гг. (в рабочих днях на 100 работающих)

пособиях семьям, воспитывающим детей». В соответствии с этим постановлением с июля 2013 г. пособие начисляется за календарные дни временной нетрудоспособности, а до июля 2013 года – за рабочие дни.

По данным Фонда, количество оплаченных дней временной нетрудоспособности в 2009–2012 гг. уменьшилось на 359 430, или на 1,1% (с 31 480 785 в 2009 г. до 31 121 355 в 2012 г.), в 2013 г. количество оплаченных дней увеличилось до 35 052 897 и по сравнению с 2009 г. выросло на 3 572 112 дней, или 11,3% (табл.). Расходы на пособия по ВН за период 2009–2013 гг. увеличились в 4,6 раза (с 1 102 694 315,7 тыс. руб. в 2009 г. до 5 106 012 857,3 тыс. руб. в 2013 г.). Однако удельный вес расходов на пособие по ВН в структуре расходов по государственному социальному страхованию за этот период уменьшился с 7,6% в 2009 г. до 6,5% в 2013 г. (табл.). Кроме того, на рост выплат Фонда влияют и другие объективные причины – повышение размера заработной платы работающих пропорционально увеличивает и размер пособий по ВН.

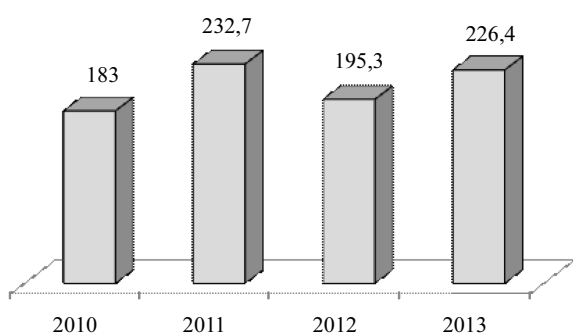
В 2013 г. уровень трудопотерь вследствие ВН в календарных днях составил 835,0 дней на 100 работающих, что выше показателя 2010 г. на 13,9% (показатель 2010 года – 733,3 дня на 100 работающих). Рост трудопотерь был обусловлен увеличением числа случаев на 5,9% (с 80,1 случаев на 100 работающих в 2010 г. до 84,8 случаев на 100 работающих в 2013 г.) и средней длительности одного случая с временной нетрудоспособностью на 7,5% (с 9,2 до 9,8 дней). На увеличение средней длительности одного случая заболеваемости с ВН оказало влияние и большое количество вынесенных экспертных решений МРЭК о продлении ВН у пациентов с благоприятным клиничко-трудовым прогнозом: в 2013 г. комиссиями МРЭК республики временная нетрудоспособность свыше 4-х месяцев была продлена в 7 078 случаях. Из них после продления ВН приступило к труду 6 500 чел., т.е. инвалидность у этих пациентов была предотвращена.

Одной из основных характеристик трудопотерь по причине ВН является их нозологическая структура. Наибольший удельный вес в структуре причин ВН занимают **болезни органов дыхания** – 27,1%. Уровень временной нетрудоспособности вследствие болезней органов дыхания с 2010 по 2013 год вырос на 23,7%. Максимальный уровень ВН по данному классу заболеваний был отмечен в 2011 г. и составил 232,7 дня на 100 работающих (рис. 2).

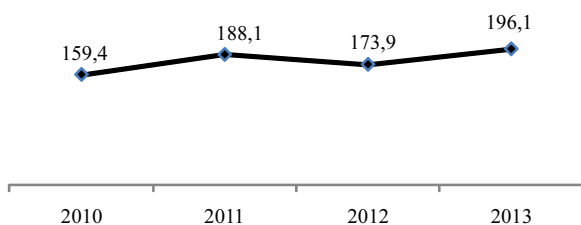
Рост уровня трудопотерь вследствие болезней органов дыхания в 2013 г. отмечался за счет уве-

**Количество оплаченных дней временной нетрудоспособности и расходы на выплату пособий (2009–2013 гг.)**

Показатель / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Количество оплаченных дней ВН	31 480 785	30 955 164	33 370 893	31 121 355	35 052 897
Расходы на пособие по ВН (тыс. руб.)	1 102 694 315,7	1 288 041 526,5	2 047 598 879,0	3 859 552 037,4	5 106 012 857,3
Расходы по государственному социальному страхованию (тыс. руб.)	14 574 327 928,9	18 435 888 149,0	27 637 801 670,5	55 718 936 889,7	78 623 972 490,4
Удельный вес расходов на пособие по ВН в структуре расходов по государственному социальному страхованию (в процентах)	7,6	7,0	7,4	6,9	<b>6,5</b>

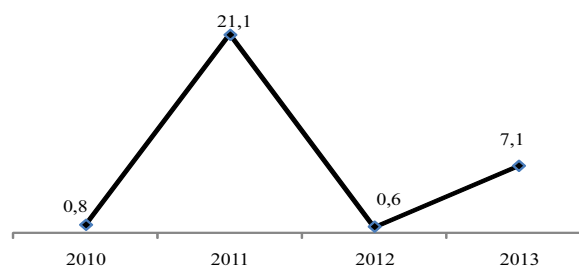


**Рис. 2. Уровень трудопотерь в Республике Беларусь вследствие болезней органов дыхания (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)**

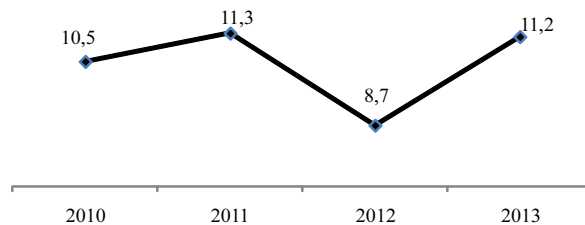


**Рис. 3. Уровень трудопотерь в Республике Беларусь вследствие острых респираторных инфекций (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)**

личения числа случаев (на 12,8%) и длительности случая (на 9,7%) по сравнению с показателями 2010 г. В данном классе болезней высокий при-



**Рис. 4. Уровень трудопотерь в Республике Беларусь вследствие гриппа (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)**



**Рис. 5. Уровень трудопотерь в Республике Беларусь вследствие пневмоний (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)**

рост уровня ВН по сравнению с 2010 г. наблюдался вследствие гриппа (в 8,6 раз), острых респираторных инфекций (на 23,0%), пневмонии (на 7,1%),

других болезней органов дыхания (на 11,0%) (рис. 3–5). Повышение уровня ВН вследствие болезней органов дыхания в 2011 г. (со 183,0 до 232,7 календарных дней на 100 работающих) и в 2013 г. (со 195,3 до 226,4 дней на 100 работающих) было обусловлено эпидемиями гриппа. В эти годы регистрировался рост показателя в случаях на 100 работающих в 27,4 раз (в 2011 г. по отношению к 2010 г.) и в 13,7 раз (в 2013 г. по отношению к 2012 г.) и в днях на 100 работающих в 25,6 раз и в 12,4 раз соответственно.

Второе место в структуре ВН занимает показатель трудопотерь вследствие **травм**, удельный вес травм в структуре причин ВН составил 16,8%. За период 2010–2013 гг. уровень трудопотерь вследствие травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин вырос со 137,3 до 140,7 календарных дней на 100 работающих (на 2,5%) (рис. 6), преимущественно за счет увеличения длительности лечения одного случая травмы на 20,8% (с 16,2 до 19,5 дней) при снижении числа случаев на 15,2% (с 8,5 до 7,2 случаев на 100 работающих). Уровень трудопотерь вследствие ВН определяется частотой и средней продолжительностью случая ВН. Как правило, частота ВН зависит как от объективных (социально-гигиеническая и эпидемиологическая, количество коек и т.д.), так и субъективных (качество экспертизы) причин. Средняя же продолжительность ВН в значительной мере обусловлена качеством лечебно-диагностического процесса. Причиной роста ВН при травмах является увеличение числа тяжелых травм конечностей (на 2 135 – с 384 338 в 2009 г. до 386 473 в 2013 г.) и числа травм, захватывающих несколько областей тела (с 3 570 в 2009 г. до 3 764 в 2013 г.).

Уровень трудопотерь вследствие **ухода за больным членом семьи** на протяжении ряда последних лет является очень высоким – их удельный вес в структуре ВН 16,9%. Этот показатель ежегодно повышался (со 108,5 дней в 2010 г. до 141,5 календарного дня на 100 работающих в 2013 г.

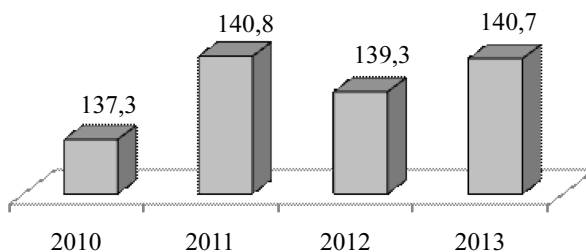


Рис. 6. Уровень трудопотерь в Республике Беларусь вследствие травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)

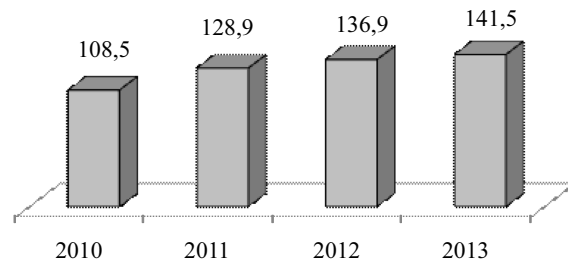


Рис. 7. Уровень трудопотерь вследствие ухода за больными (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)

(рис. 7)) за счет увеличения числа (на 21,5%) и длительности (на 7,3%) случаев. За период 2009–2013 гг. отмечалось ежегодное увеличение рождаемости с 11,5 на 1000 населения в 2009 г. до 12,5 – в 2013 г. Соответственно выросло и число детей дошкольного и младшего школьного возраста. Так, по сравнению с 2009 г., к 1 января 2014 г. число детей в возрасте 3–5 лет выросло на 38215 чел., или 13,4% (с 285 472 чел. в 2009 г. до 323 690 чел. в 2013 г.), в возрасте 6–9 лет – на 22 636 чел., или 6,5% (с 350 553 до 373 189 чел.). С другой стороны, эта положительная демографическая тенденция привела к увеличению случаев временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 14 лет.

Удельный вес **болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани** в структуре ВН составил 11,3%. Показатель вырос на 13,7% (с 83,1 календарных дней на 100 работающих в 2010 г. до 94,5 дней на 100 работающих в 2013 г.) (рис. 8) за счет увеличения числа случаев по этому классу болезней на 2,0% (с 8,4 до 8,6 случаев на 100 работающих) и роста длительности одного случая заболевания на 11,5% (с 9,8 до 11,0 дней).

Рост уровня ВН при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани связан с увеличением числа современных высокотехнологичных хирургических методов лечения пациентов,

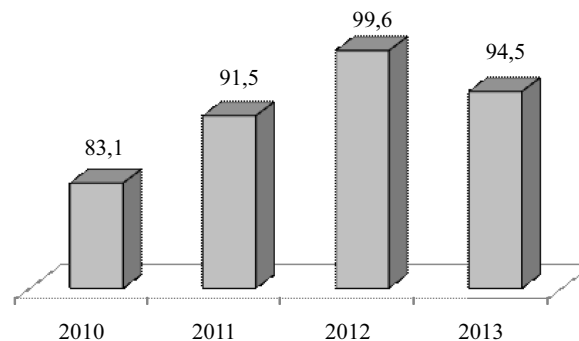


Рис. 8. Уровень трудопотерь вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)

приводящих к временной нетрудоспособности на период проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. За 12 месяцев 2013 г. в республике выполнено 4782 эндопротезирования тазобедренного и 933 – коленного сустава, что соответственно на 48,1% и 75,0% больше, чем в 2009 г. Общая заболеваемость болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани увеличилась на 10,9% (с 10 829,3 в 2009 г. до 12 010,7 на 100 тыс. населения в 2013 г.), первичная заболеваемость – на 1,6% (с 4 567,7 в 2009 г. до 4 639,9 на 100 тыс. населения в 2013 г.).

Удельный вес **болезней системы кровообращения** в структуре заболеваемости с ВН составляет 6,4%. Показатель трудопотерь за исследуемый период вырос на 13,9% (с 47,2 календарных дней на 100 работающих в 2010 г. до 53,8 дней на 100 работающих в 2013 г.) (рис. 9). Рост уровня ВН вследствие болезней системы кровообращения обусловлен увеличением длительности одного случая на 16,7% (с 12,6 до 14,7 дней) при снижении числа случаев на 2,4% (с 3,8 до 3,7 случаев на 100 работающих). Это преимущественно связано с ростом длительности лечения одного случая хронической ишемической болезни сердца (на 31,0% – с 5,5 до 7,2 дней на 100 работающих) и болезней вен, лимфатических сосудов (на 21,4% – с 6,8 до 8,2 дней на 100 работающих).

Рост уровня ВН по данному классу болезней связан с увеличением показателя общей заболеваемости на 5,4% (с 29 914,1 в 2009 г. до 31 523,8 на 100 тыс. населения в 2013 г.), в том числе вследствие ишемической болезни – на 3,3% (с 12 393,6 в 2009 г. до 12 804,2 на 100 тыс. населения в 2013 г.), и увеличением числа высокотехнологичных методов лечения пациентов при хронической ишемической болезни сердца. Так, в 2013 г., по сравнению с 2009 г., в 1,9 раза увеличилось число кардиохирургических вмешательств. В 2013 г. выполнено 12 399 кардиохирургических оперативных вмешательств, в 2009 г. – 6 433.

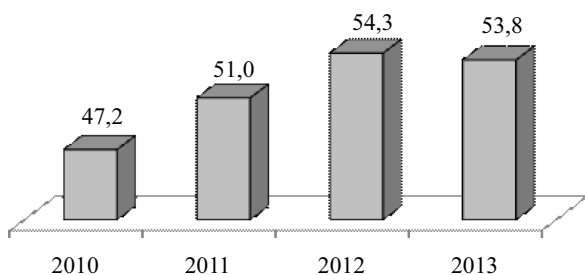


Рис. 9. Уровень трудопотерь вследствие болезней кровообращения (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)

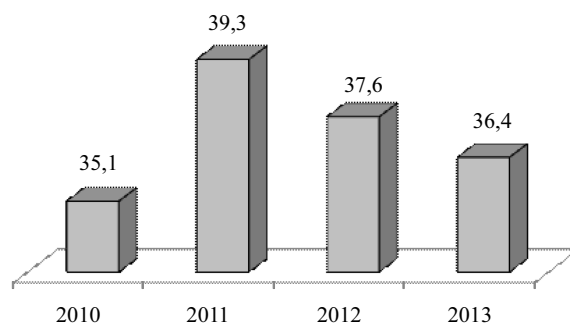


Рис. 10. Уровень трудопотерь вследствие новообразований (2010–2013 гг.; календарные дни на 100 работающих)

Удельный вес **новообразований** в структуре заболеваемости с ВН составил 4,4%. Уровень ВН в связи с новообразованиями в 2013 г. вырос на 3,8% по сравнению с 2010 г. (с 35,1 дней на 100 работающих до 36,4 дней на 100 работающих) за счет роста длительности одного случая на 20,5% (с 18,7 до 22,5 дней) при снижении числа случаев на 13,9% (с 1,9 до 1,6 на 100 работающих) (рис. 10). Регистрировался рост уровня ВН по злокачественным новообразованиям (на 3,3% – с 22,2 в 2010 г. до 23,0 дней на 100 работающих в 2013 г.) за счет роста длительности одного случая на 45,0% (с 30,4 до 44,1 дней) при снижении числа случаев с ВН на 28,8% (с 0,7 до 0,5 на 100 работающих). По доброкачественным новообразованиям отмечался рост на 3,0% (с 12,8 до 13,1 дней на 100 работающих) вследствие роста длительности их лечения на 9,7% (с 11,1 до 12,2 дней) при уменьшении числа случаев доброкачественных новообразований на 6,1% (с 1,2 до 1,1 случая на 100 работающих).

Рост заболеваемости с временной нетрудоспособностью при злокачественных новообразованиях связан с ростом первичной заболеваемости. Так, по данным Белорусского канцер-регистра, в период с 2009 по 2013 год зарегистрирован рост случаев злокачественных новообразований (на 5,9% – с 41 404 до 44 019 случаев) и первичной заболеваемости (с 435,5 до 464,9 случаев на 100 тыс. населения).

Таким образом, основными причинами роста показателя временной нетрудоспособности в исследуемый период являлись:

1. Увеличение общей заболеваемости среди взрослого населения на 2,3% (с 140 823,4 в 2009 г. до 144 019,7 на 100 тыс. населения в 2013 г.).
2. Эпидемия гриппа.
3. Увеличение первичной заболеваемости населения вследствие злокачественных новообразований.
4. Увеличение числа высокотехнологичных хирургических методов лечения.

5. Увеличение количества детей дошкольного и младшего школьного возраста (как следствие – увеличение ВН по уходу) и рост заболеваемости детского населения.

6. Увеличение количества работающих пенсионеров и инвалидов, у которых заболеваемость с ВН наступает чаще, чем у работников трудоспособного возраста.

7. Увеличение количества решений МРЭК о продлении временной нетрудоспособности свыше 120 дней пациентам с благоприятным трудовым прогнозом. В 2013 г. комиссиями МРЭК республики временная нетрудоспособность свыше 4 месяцев была продлена в 7 078 случаях. Из них после продления ВН приступило к труду 6 500 чел., т.е. инвалидность у данного контингента была предотвращена.

8. Изменения в законодательстве, а именно, в порядке выдачи листков нетрудоспособности: с целью улучшения доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, разрешена выдача листка нетрудоспособности единолично врачом на срок до 10 дней одновременно или по частям, что привело к увеличению средней длительности одного случая.

9. За последние годы доступность медицинской помощи значительно улучшилась, а чем выше доступность медицинской помощи, тем выше показатели ВН.

Уровень трудопотерь зависит от множества факторов – состояния здоровья работающего населения, формирование которого, в свою очередь, зависит от различных причин (наследственность, вредные привычки, медицинское наблюдение и др.), а также социально-экономических, гигиенических, экологических и прочих факторов. Большое влияние на формирование трудопотерь оказывают условия труда, создаваемые работнику нанимателем. Следует отметить, что существующая на сегодняшний день система отчислений страховых выплат в Фонд и оплаты пособий по временной нетрудоспособности не мотивирует нанимателя и работника к сокращению случаев и длительности временной нетрудоспособности. Для того, чтобы выявить конкретные причины роста ВН, необходим более углубленный анализ, учитывающий возраст, пол, профессию, стаж работы, место работы, условия труда и быта, вид и качество лечения, вредные привычки и т.д. Отсутствие межведомственной статистической информации не позволяет провести анализ временной нетрудоспособности по отраслям с выявлением причин отклонений показателя и разработкой мер по их устранению.

Таким образом, назрела необходимость разработки и внедрения системы межведомственно-

го взаимодействия, направленной на снижение трудопотерь от временной нетрудоспособности работающих. Также существует необходимость формирования ведомственной отчетности о причинах временной нетрудоспособности по критериям их полноты и сопоставимости данных, актуальности данных не только по нозологической структуре и уходу, но и по возрасту, полу, профессии, месту работы заболевших. Особое внимание следует уделить разработке механизма усиления ответственности нанимателя за случаи временной нетрудоспособности работников, усиления ответственности граждан за выполнение назначений врача при лечении в период временной нетрудоспособности, оптимизации порядка выплаты и начислению размера пособий по временной нетрудоспособности, изменению порядка отчислений и размера страховых взносов нанимателя в Фонд социальной защиты населения.

Имеется настоятельная необходимость в разработке системы контроля качества оказания медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах, совершенствования подходов к экспертизе временной нетрудоспособности, исходя из современных возможностей оказания медицинской помощи, профессиональной и социальной реабилитации.

Уровень заболеваемости с ВН, уровень инвалидности, ее тяжесть являются одними из важнейших индикаторов состояния здоровья населения. Дальнейшее целенаправленное совершенствование системы теоретических и практических основ медицинской экспертизы и реабилитации, несомненно, станет залогом улучшения состояния общественного здоровья.

#### **DISEASE INCIDENCE WITH TEMPORARY DISABILITY AS A HIGH-INFORMATION CRITERION FOR ASSESSMENT OF MEDICAL AND PREVENTIVE CARE QUALITY**

<sup>1</sup>I.A.Kireeva, <sup>2</sup>V.B.Smychek, <sup>2</sup>A.V.Kopytok, <sup>2</sup>L.G.Kazak

<sup>1</sup>Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

<sup>2</sup>Republican Scientific and Practical Center of Medical Assessment and Rehabilitation, Gorodishche Settl., Minsk district, Republic of Belarus

The Days Away From Work Injuries and Illness (DAFWII) cases rate among the population of the Republic of Belarus as well as reasons for the increase in this type of labor losses were analyzed. Major tasks for the expertise of temporary disability at the outpatient and inpatient health care institutions were formulated. It was concluded that there was a need for the

development and implementation of the interagency interaction system, aimed at reducing labor losses from temporary disability of workers, at forming departmental accountability on the causes of temporary disability according to the criteria of their completeness and data comparability, at data relevance not only by the nosological structure and care, but also by age, sex, profession, place of work of the patients. It was emphasized that special attention should be paid to developing a mechanism of

strengthening the employer's responsibility for temporary disability cases, extending citizens' responsibility for the implementation of a doctor's prescription for treatment during the period of temporary disability, optimizing the procedure on payment and calculation of temporary disability allowances, changing the procedure on the employer's deductions and the size of insurance premiums to the Social Security Fund of the Population.

Поступила 06.08.2014 г.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

<sup>1</sup> И.А.Киреева, <sup>2</sup> В.Б.Смычек, <sup>2</sup> А.В.Копыток, <sup>2</sup> Л.Г.Казак

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Минский район, Республика Беларусь

*Проанализированы особенности формирования первичной инвалидности взрослого и детского населения, рассмотрены основные причины роста первичного выхода на инвалидность. Сделан вывод о том, что дальнейшее совершенствование подходов к медико-социальной экспертизе должно быть направлено не на искусственное сокращение первичной инвалидности, а на улучшение качества оказания помощи пациентам на всех этапах (профилактика заболеваемости и травматизма, ведение здорового образа жизни, качественное и своевременное назначение и проведение амбулаторного и стационарного лечения, осуществление реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения, проведение медико-социальной экспертизы с составлением индивидуальной программы реабилитации, предусматривающей ликвидацию или максимальное улучшение имеющихся ограничений жизнедеятельности, рациональное трудоустройство и социальную защиту).*

Одной из важнейших задач современного общества является сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита больных и инвалидов. В настоящее время в Республике Беларусь научно обоснована и успешно функционирует на практике этапная система медицинской реабилитации, используются современные реабилитационные технологии, реализуется несколько государственных программ, направленных на укрепление здоровья, повышение качества жизни больных и инвалидов.

Но вопросы реабилитации нельзя рассматривать в отрыве от вопросов медико-социальной экспертизы, так как она решает вопрос не просто установления инвалидности, но и раскрывает сущность последствий заболевания или травмы, оце-

нивает степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности (передвижения, обслуживания, ориентации и т.д.), а также позволяет сделать заключение о возможности продолжения трудовой деятельности человека в своей или другой профессии.

Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживает до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, и меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируют в зависимости от конкретных условий.

По всему миру люди с инвалидностью демонстрируют более низкие результаты в отно-