

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

« Удосконалення механізму взаємодії першої та другої ланок надання медичної допомоги щодо організації експертизи втрати працездатності населення»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента групи УЗ.мз-91ш

Гречаниченка Андрія Володимировича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Гречаниченко А.В.

Наукові керівники: _____ д.м.н., проф. Сміянов В.А.
_____ к.е.н. Кобушко Я.В.

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 2020р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю
281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»
студенту групи УЗ.мз-91ш
Гречаниченку Андрію Володимировичу

1. Тема роботи «Удосконалення механізму взаємодії першої та другої ланок надання медичної допомоги щодо організації експертизи втрати працездатності населення»

затверджена наказом по СумДУ № _____ від « ____ » _____ 2020р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи : 7 грудня 2020 р.

3. Мета кваліфікаційної роботи: теоретичне обґрунтування напрямків удосконалення механізму взаємодії першої та другої ланок надання медичної допомоги щодо організації експертизи тимчасової непрацездатності населення

4. Об'єкт дослідження: діяльність закладів охорони здоров'я первинної та вторинної ланок охорони здоров'я щодо експертизи тимчасової непрацездатності

5. Предмет дослідження: відносини між пацієнтом та закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги, які виникають у процесі експертизи тимчасової непрацездатності

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах Законів України, Постанов та розпорядженнях Кабінету Міністрів України, Наказах Міністерства охорони здоров'я, методичних рекомендаціях, інструкціях,

розпорядженнях управління охорони здоров'я Сумської області, статтях, наукових видання та ін.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Основні питання експертизи тимчасової непрацездатності у закладах охорони здоров'я	09.11.2020 р.
II	Механізм взаємодії закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності	16.11.2020 р.
III	Напрямки удосконалення процедури здійснення експертизи тимчасової непрацездатності на різних етапах надання медичної допомоги	25.11.2020 р.

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити особливості проведення експертизи тимчасової непрацездатності у закладах охорони здоров'я

У розділі 2 студент має провести аналіз механізму взаємодії закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності.

У розділі 3 студент має запропонувати шляхи удосконалення процедури здійснення експертизи тимчасової непрацездатності на різних етапах надання медичної допомоги .

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівники кваліфікаційної роботи _____

Сміянов В.А.

Кобушко Я.В.

Завдання до виконання одержав _____

Гречаниченко А.В.

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз процедури експертизи тимчасової непрацездатності (ЕТН) у закладах охорони здоров'я на рівні первинної та вторинної ланок медичної допомоги населенню. Досліджено механізм взаємодії первинної, вторинної та частково третинної ланок при проведенні ЕТН. Запропоновано спрощення процедури первинного виходу на інвалідність та подальше удосконалення механізму проведення експертизи тимчасової непрацездатності з метою наближення її доступності населенню.

Ключові слова: взаємодія; заклад охорони здоров'я; експертиза тимчасової непрацездатності; механізм; лікарсько-консультативна комісія; листок непрацездатності; медико-соціальна експертиза; процедура.

РЕФЕРАТ

Структура і обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 31 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 58 с., у тому числі 4 додатки, список використаних джерел - 4 сторінки.

Актуальність. Населення, що працює, потребує документального підтвердження захворювання для можливості пред'явлення його роботодавцю та отримання подальших матеріальних виплат. Хвороби можуть мати різний перебіг у термінах та по складності, включаючи навіть інвалідизацію. Тому діяльність експертизи тимчасової непрацездатності має розгалужену структуру відносно закладів та складності оформлення медичної документації. Це призводить до низки проблем для хворих при отриманні листків непрацездатності та медичних висновків при оформленні групи інвалідності.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування напрямків удосконалення механізму взаємодії першої та другої ланок надання медичної допомоги щодо організації експертизи тимчасової працездатності населення.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- дослідити особливості організації та проведення експертизи тимчасової працездатності населення;
- проаналізувати алгоритм дій при експертизі тимчасової працездатності на первинній, вторинній та третинній ланці;
- визначити механізм взаємодії закладів охорони здоров'я різних рівнів при проведенні експертизи тимчасової працездатності;
- проаналізувати проблемні елементи експертизи тимчасової працездатності у механізмі взаємодії закладів охорони здоров'я;
- розробити рекомендації щодо удосконалення процедури експертизи тимчасової працездатності.

Предметом дослідження є відносини між пацієнтом та закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги, які виникають у процесі експертизи тимчасової непрацездатності.

Об'єктом дослідження є діяльність закладів охорони здоров'я первинної та вторинної ланок охорони здоров'я щодо експертизи тимчасової непрацездатності.

Методи дослідження. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: на кожному етапі ведення хворого при окремих видах патології запропоновано визначити відповідну ланку закладу охорони здоров'я, яка буде курирувати хворого.

удосконалено:

- алгоритм направлення пацієнта при встановленні первинної інвалідності;
- алгоритм дій при уточненні клініко-функціонального діагнозу при направленні на МСЕК пацієнтів з особливими потребами.

Набули подальшого розвитку:

- рекомендації щодо доцільності введення електронних листків непрацездатності;
- обґрунтування необхідності дотримання лікарями основних наказів щодо експертизи тимчасової непрацездатності.

Ключові слова: ВЗАЄМОДІЯ; ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я; ЕКСПЕРТИЗА ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ; МЕХАНІЗМ; ЛІКАРСЬКО-КОНСУЛЬТАТИВНА КОМІСІЯ; ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ; МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА; ПРОЦЕДУРА.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	8
ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ ПИТАННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Тимчасова та постійна втрата працездатності населення як передумови проведення експертизи тимчасової непрацездатності.....	12
1.2. Завдання експертизи тимчасової непрацездатності у закладах охорони здоров'я.	16
1.3. Особливості обліковування та документування експертизи тимчасової непрацездатності.....	18
РОЗДІЛ 2 МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ РІВНІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ	21
2.1. Порядок організації та проведення експертизи тимчасової непрацездатності.....	21
2.2. Алгоритм дій лікаря первинної ланки при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності.....	23
2.3. Етапи експертизи тимчасової непрацездатності на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги населенню	26
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ЗДІЙСНЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	32
3.1 Аналіз проблемних елементів експертизи тимчасової непрацездатності у механізмі взаємодії первинної, вторинної та третинної ланок надання медичної допомоги та шляхи їх вирішення.....	32
3.2 Аналіз організації та здійснення експертизи тимчасової непрацездатності у КНП «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».....	39
3.3. Рекомендації щодо вдосконалення процедури експертизи тимчасової непрацездатності в умовах пандемії COVID-19.....	43
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	53

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЕТН – експертиза тимчасової непрацездатності

ЄРЛН - Єдиний реєстр листків непрацездатності

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ЛН – листок непрацездатності

ЛКК – лікарсько-консультативна комісія

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

ЛТЕ – лікарсько-трудова експертиза

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб та причин смерті 10

перегляду

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

ТН – тимчасова непрацездатність

ФССУ – Фонд соціального страхування України

COVID-19 – аббревіатура від англ. COronaVIrus Disease 2019

(коронавірусна хвороба)

SARS-CoV-2- одноланцюговий РНК-вмісний штам коронавірусу виду

SARS-CoV роду бетакоронавірусів, що спричиняє хворобу COVID-19

ВСТУП

Однією з найбільших цінностей у державі повинно вважатися здоров'я її громадян. Тільки здорова людина здатна не тільки забезпечувати плідною та ефективною працею добробут країни, але й насолоджуватися життям у повній мірі у всіх її проявах. Згідно схеми потреб, запропонованої американським психологом Абрахамом Маслоу, найнижчими базовими її сходинками є фізіологічні потреби, до яких відносяться харчування і відпочинок, та потреба у безпеці, захищеності, тобто житлі. У сучасному світі товарно-грошових відносин для забезпечення цих умов беззаперечно потрібні фінанси. Їх надходження забезпечує робота. Згідно статті 43 Конституції України кожен її громадянин має право на працю. І реалізація цього права можлива за умови здоров'я особи, тобто певного фізіологічного стану, який дозволяє ефективно здійснювати визначений об'єм роботи протягом тривалого часу.

Під працездатністю розуміють не тільки стан здоров'я, а й професійні, ділові якості людини, морально-психологічні риси. Тобто мається на увазі комплексний підхід до визначення здатності процесу виконання трудової функції.

У випадку неможливості виконувати свої професійні обов'язки за станом здоров'я кажуть про втрату працездатності, яка може бути постійна або тимчасова.

При відновленні працездатності людина звертається до лікаря не тільки з метою корекції хворобливого стану, а й для отримання документу, який юридично являється підтвердженням факту хвороби, забезпечує збереження робочого місця та виплату грошової допомоги. Діяльність експертизи тимчасової непрацездатності обумовлює правовідносини хворого працівника та роботодавця.

В світі медичної реформи, яка набрала чинності 1 січня 2018р. згідно Закону 2168 – VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», сімейні лікарі, терапевти та педіатри – це медики, до яких

населення звертається по медичну допомогу в першу чергу. І відповідно найперше потребують документальне підтвердження випадків хвороби. Оскільки захворювання може мати непередбачуване протікання, то людина може потребувати лікування у закладах не тільки первинної, а й вторинної і навіть третинної ланок надання медичної допомоги. При цьому пацієнт має законне право вимагати документ, що підтвердить його хворобу. У даній роботі буде розглянуті шляхи взаємодії медичних закладів первинного, вторинного та третинного рівнів на різних етапах проведення експертизи тимчасової непрацездатності.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування напрямків удосконалення механізму взаємодії першої та другої ланок надання медичної допомоги щодо організації експертизи тимчасової працездатності населення.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- дослідити особливості організації та проведення експертизи тимчасової працездатності населення;
- проаналізувати алгоритм дій при експертизі тимчасової працездатності на первинній, вторинній та третинній ланці;
- визначити механізм взаємодії закладів охорони здоров'я різних рівнів при проведенні експертизи тимчасової працездатності;
- проаналізувати проблемні елементи експертизи тимчасової працездатності у механізмі взаємодії закладів охорони здоров'я;
- розробити рекомендації щодо удосконалення процедури експертизи тимчасової працездатності.

Предметом дослідження є відносини між пацієнтом та закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги, які виникають у процесі експертизи тимчасової непрацездатності.

Об'єктом дослідження є діяльність закладів охорони здоров'я первинної та вторинної ланок охорони здоров'я щодо експертизи тимчасової непрацездатності.

Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: на кожному етапі ведення хворого при окремих видах патології запропоновано визначити відповідну ланку закладу охорони здоров'я, яка буде курирувати хворого.

удосконалено:

- алгоритм направлення пацієнта при встановленні первинної інвалідності;
- алгоритм дій при уточненні клініко-функціонального діагнозу при направленні на МСЕК пацієнтів з особливими потребами.

набули подальшого розвитку:

- рекомендації щодо доцільності введення електронних листків непрацездатності;
- обґрунтування необхідності дотримання лікарями основних наказів щодо експертизи тимчасової непрацездатності.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості впровадження рекомендацій щодо вдосконалення процедури експертизи тимчасової непрацездатності закладами охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 .

РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ ПИТАННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Тимчасова та постійна втрата працездатності як передумови проведення експертизи тимчасової непрацездатності

Аналіз видів непрацездатності населення здійснюється у відповідності з класифікацією працездатності. Вона має такі види:

- загальна – здатність працівника до виконання роботи в звичайних умовах;
- професійна – здатність до праці у певній професії за даним фахом на даній посаді;
- спеціальна – здатність виконувати роботу в певних несприятливих умовах (виробничих чи кліматичних тощо);
- обмежена - здатність до роботи з певними обмеженнями (наприклад, для осіб з третьою групою інвалідності);
- повна – виконання професійних обов'язків у повному обсязі;
- часткова – здатність до професійної або некваліфікованої роботи, яку можуть виконувати особи, які зазнали каліцтва [22, с. 248 – 251; 24, с. 12 – 13].

Повна картина поняття працездатності необхідна для подальшого визначення шляхів, за якими буде проходити вся діяльність експертизи тимчасової непрацездатності (далі - ЕТН).

Тимчасова втрата працездатності передбачає неспроможність людини виконувати звичний об'єм трудових обов'язків внаслідок короткотривалих обставин об'єктивного характеру. Тимчасова непрацездатність (далі – ТН) може витікати з фізичної нездатності особи здійснювати звичну трудову діяльність внаслідок хвороби, травми, вагітності та пологів. Також сюди може бути віднесений догляд за іншим членом сім'ї (хвора дитина, хворий член сім'ї, дитина до 3 років, дитина до досягнення 3-річного віку або дитина інвалід до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за даною дитиною). Поняття тимчасової непрацездатності поширюється на неможливість

працювати в обставинах, що були спричинені діями державних органів, до яких відноситься карантин, накладений органами санітарно-епідеміологічної служби [1].

Тимчасова непрацездатність має зворотній у часі характер, на що впливає лікування та реабілітаційні заходи. Вона триває до відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності. У випадках, не пов'язаних з хворобою, - до закінчення причин відсторонення від роботи. Документом, що засвідчує випадок непрацездатності застрахованої особи, є листок тимчасової непрацездатності. Інструкція про порядок видачі документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001р. №455, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 04.12.2001р. за №1005/6196.

За випадок тимчасової непрацездатності слід вважати тимчасову непрацездатність, яка триває безперервно від початку окремого захворювання або травми. Випадок підтверджується видачею застрахованій особі листка непрацездатності (далі – ЛН), при чому є можливість продовження лікування в одному чи декількох закладах охорони здоров'я до повного відновлення працездатності. Після цього відбувається закриття листка непрацездатності формулюванням «стати до роботи». У випадку втрати працездатності особи з приводу того самого захворювання або травми до моменту виходу на роботу або відпрацювання нею неповного робочого дня випадок тимчасової непрацездатності триває без перерв. Випадок вважається новим при настанні іншого окремого захворювання, травми та ін [2].

Випадками тимчасової непрацездатності займається експертиза тимчасової непрацездатності на всіх рівнях проведення. Тобто початок бере діяльність лікаря-куратора, по мірі протікання захворювання до експертизи тимчасової непрацездатності підключаються завідувач профільного відділення, лікарсько-консультативна комісія закладу охорони здоров'я, заступник головного лікаря з ЕТН або відповідальна особа з ЕТН. У складних випадках остаточне рішення щодо видачі, продовження листка непрацездатності або перехід до

встановлення групи інвалідності приймає відповідальна особа з ЕТН органу охорони здоров'я закладу. У своїй роботі з організації та проведення експертизи тимчасової непрацездатності заклади охорони здоров'я Шосткинського району підпорядковані КНП «Сумська обласна клінічна лікарня». Відповідальна особа з ЕТН даного закладу має багато повноважень, серед яких контроль за якістю надання медичної допомоги працюючому населенню. За основу процесу беруться стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколи надання медичної допомоги за відповідними фахами. Як контролюючий та регулюючий орган, експерт управління охорони здоров'я з лікарсько-трудової експертизи займається розглядом листів, заяв та скарг громадян з відповідних питань [1; 9].

Постійна втрата працездатності – більш серйозний випадок, що тягне за собою повну або часткову нездатність до загальної чи професійної праці. При повній втраті працездатності особа стає повністю непрацездатною.

Непрацездатність – це унеможливлення виконувати людиною певного обсягу роботи за професією за станом здоров'я без шкоди для організму. Вона буває повною та частковою. Під повною втратою працездатності передбачається настання пенсійного віку (старість). Загальновідомий приклад часткової непрацездатності – інвалідність. При визначенні інвалідності користуються двома критеріями. Медичне визначення інвалідності – це розлад у функціонуванні організму, економічне – втрата професійної чи загальної працездатності [25, с. 118 – 120].

Інвалідність – це стійке порушення функцій організму, що обумовлене захворюванням, вродженим дефектом або наслідком травм. Призводить до обмеження життєдіяльності, може потребувати соціальної допомоги, навіть захисту. Під обмеженням життєдіяльності передбачається повна або часткова втрата здатності самообслуговування, самостійного пересування, орієнтування, спілкування, контролю своєї поведінки, навчання, занять трудовою діяльністю. Причинами настання інвалідності можуть бути загальне захворювання, професійне захворювання, трудове каліцтво та вроджені дефекти [4; 19].

Інвалідність, що наступила внаслідок трудового каліцтва, може вважатися такою, якщо нещасний випадок відбувся під час виконання трудових обов'язків (під час відрядження тощо); по дорозі на роботу або з роботи; на території підприємства, установи, організації протягом робочого часу, включаючи перерви; поблизу підприємства, якщо перебування не суперечило правилам внутрішнього трудового розпорядку; у разі виконання державних або громадських обов'язків; у разі виконання дій по рятуванню людського життя, охорони державної чи приватної власності, охорони правопорядку [4; 20]. Постанова Кабінету Міністрів від 25.08.2004р. №1112 «Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві» обумовлює порядок розслідування, ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві.

Професійним захворюванням вважається таке, що виникло як наслідок професійної діяльності застрахованої особи та обумовлене дією переважно або виключно впливом факторів виробництва, характерних для саме цієї професії. Наявність професійного захворювання визначається висновком спеціалізованого медичного закладу, на підставі чого може бути встановлена інвалідність внаслідок професійного захворювання. Перелік таких захворювань визначається постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000р. №1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань» [4; 21, с. 87 – 90; 22, с. 248 – 251].

Загальне захворювання при встановленні інвалідності визначається за залишковим принципом. Якщо інвалідність настала не внаслідок нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання, то її причиною є загальне захворювання.

При встановленні інвалідності у дітей мотивуються патологічними станами, що виникають при вроджених, спадкових та набутих захворюваннях, при травмах тощо.

Орган, який вирішує питання щодо встановлення або продовження групи інвалідності – це медико-соціальна експертиза (далі – МСЕК). Робота даного

об'єднання регламентована Постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009р. №1317 «Питання медико-соціальної експертизи». При розгляді випадку, що потребує встановлення чи подовження групи інвалідності, МСЕК визначає причину і час його настання, ступінь обмеження життєдіяльності особи. Як наслідок - потребу у сторонньому нагляді, догляді або допомозі. Для підтримання та покращання життєво-важливих біологічних та соціальних функцій вирішуються питання реабілітації. Надається резюме щодо потреби в забезпеченні технічними та реабілітаційними засобами, іншими виробами медичного призначення. Якщо особа потерпіла від нещасного випадку на виробництві, МСЕК надає висновки щодо додаткового харчування, лікарських засобів, потреби у спеціальному медичному або постійному сторонньому нагляді, санаторно-курортному лікуванні. Також важливі питання протезування, придбання спеціальних засобів пересування. МСЕК визначає потребу у медичному транспорті для осіб з інвалідністю, медичні показання на право одержання спеціального автотранспорту або протипоказання до керування [4; 28].

1.2. Завдання експертизи тимчасової непрацездатності у закладах охорони здоров'я

Професійним визначенням факту тимчасової непрацездатності, установленням її строків, визначенням клінічного та трудового прогнозу відповідно до наявного діагнозу займається експертиза тимчасової непрацездатності. Діяльність ЕТН організовується та регламентується згідно наказу Міністерства охорони здоров'я (далі – МОЗ) України від 04.07.2008р. №189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності». ЕТН здійснюється за умови наявності ліцензії МОЗ України на право провадження господарської діяльності з медичної практики та сертифіката державної акредитації закладу охорони здоров'я незалежно від форм власності. Тобто за наявності вищезазначених документів ЕТН також можуть займатися заклади охорони здоров'я з приватною власністю. Окремого

ліцензування при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності не потребується [1; 17].

Згідно статті 69 Основ законодавства України про охорону здоров'я експертизу тимчасової непрацездатності у медичному закладі будь-якої форми власності проводить лікар або комісія лікарів, а також лікар, що проводить господарську діяльність із медичної практики як фізична особа-підприємець.

При зверненні працівника до закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) з метою лікування та отримання документу про право відсторонення від роботи ЕТН підтверджує наявність хвороби, визначає її тривалість. В задачі входить також повне та своєчасне обстеження, лікування особи, що звернулася, надання рекомендацій відповідно встановленого діагнозу. Якщо особа не має групи інвалідності, але потребує тимчасових чи постійних особливих умов праці, то ЕТН має право надати такому хворому рекомендації щодо відповідних умов праці. У випадку набуття стійкого чи необоротного характеру захворювання лікарсько-консультативна комісія (далі - ЛКК) вирішує питання про направлення на медико-соціальну експертну комісію. У цьому випадку експертиза тимчасової непрацездатності виступає ланкою у ланцюгу експертизи стійкої втрати працездатності і є її логічною передумовою [1; 31, с. 11].

Вважаючи, що більше 1/3 хворих, що відвідують поліклініку – це особи з тимчасовою втратою працездатності, діяльність ЕТН набуває клінічного, соціально-економічного та правового значення.

Всю роботу з питань ЕТН контролює та координує Міністерство охорони здоров'я України. Додаткову роль у співпраці та контролі відіграють Міністерство праці та соціальної політики України, Фонд соціального страхування з тимчасової непрацездатності, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України [28; 26, с. 121].

1.3. Особливості обліковування та документування експертизи тимчасової непрацездатності

Документи, які можуть бути видані ЗОЗ для засвідчення факту тимчасової непрацездатності:

1. Листок непрацездатності.

2. Форма №095/о, затверджена наказом МОЗ України від 29.12.2000р. №369 «Довідка про тимчасову непрацездатність студентів, учня технікуму, професійно-технічного училища про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад»

3. Форма №138/о «Довідка з догляду за хворим членом сім'ї».

4. Довідка довільної форми [2].

Лікар повинен прийняти рішення, який документ, що підтверджує факт хвороби, видати у тому чи іншому випадку (додаток А).

Листок непрацездатності – базовий і найбільш розповсюджений нормативний документ, що зазначає причину та строк тимчасової непрацездатності. Виконує такі функції:

- статистичну – облік та аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, лікарняний листок є єдиним документом, на основі якого надається звіт про захворюваність з ГН та проводиться її аналіз;
- юридичну – свідчить про непрацездатність хворого, тим самим виправдовує відсутність на роботі;
- фінансову та страхову – підстава для одержання грошової виплати з Фонду державного соціального страхування [10, с. 13; 11; 19].

У системі охорони здоров'я є перелік лікарів, які можуть видавати листок непрацездатності, та які категорично не мають на такого права (додаток Б).

При оформленні листка непрацездатності лікар повинен розуміти свою моральну та юридичну відповідальність.

При прийнятті рішення про відкриття ЛН лікар, який проводить обстеження та лікування пацієнта, повинен ретельно вивчити його страховий (він же експертний) анамнез. Сюди відносяться всі випадки тимчасової

непрацездатності, які сталися за останні 12 місяців, наявність групи інвалідності, перебування у будь-якому виду відпустки. Також потрібно врахувати зміни умов праці, переведення на повний або неповний робочий день, зміни в умовах праці, наявність професійних захворювань, шкідливих або небезпечних умов праці, перебування у відрядженні. Всю інформацію, зібрану під час опитування хворого, заносять до форми №025/о «Медична карта амбулаторного хворого» або форми №003/о «Медична карта стаціонарного хворого». Слід зауважити, що записи у медичній карті пацієнта можна робити тільки після особистого огляду лікарем, наданих документів, що відносяться до випадку хвороби та зі слів самого пацієнта. Причому останній несе відповідальність за виправлення у документах та подання недостовірних відомостей [1; 16, с. 26 – 27; 17, с. 101 – 102].

Після необхідних записів у медичній карті амбулаторного або стаціонарного хворого може бути виписаний листок непрацездатності. Вносити записи у бланк може тільки особа з медичною освітою. Так на лицьовій стороні вказується прізвище, ім'я, по батькові хворого, дата видачі, обов'язково повна без скорочень назва місця роботи [5]. Актуальним питанням при заповненні ЛН залишається вказання на бланку діагнозу захворювання. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Також спираючись на, вказання діагнозів у листку непрацездатності призводить до фактичного розголошення конфіденційної інформації про особу [6; 20; 24]. Тому на цей момент вказання діагнозу у ЛН не являється категоричним та обов'язковим пунктом. Зважаючи на те, що кожний діагноз підлягає шифровці згідно 10-ї редакції Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям (МКХ-10), написання шифру за цією системою також можна вважати розголосом особистих даних і тому, як наслідок – необов'язково його вказувати. При цьому вказання причини непрацездатності є обов'язковим і не вважається лікарською таємницею [5; 29].

Також до обов'язкових поміток відносяться вказання режиму (амбулаторний чи стаціонарний), терміни перебування на стаціонарному лікуванні, при потребі направлення на МСЕК. У таблиці «Звільнення від роботи» по мірі протікання хвороби вносяться дані про терміни відсторонення від роботи. Заповнення ЛН у медичному закладі закінчується помітками «Стати до роботи» або «Продовжує хворіти» із зазначеннями дат, підписами та печатками лікарів, печаткою закладу. Зворотній бік бланка заповнює відповідальна особа по місцю роботи непрацездатного [5].

По закінченні випадку захворювання видача ЛН хворому на руки здійснюється при наявності паспорту або іншого документа, який посвідчує особу. Слід відмітити, що видача всіх документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність, не являється платною послугою у будь-якому закладі незалежно від форми власності [2; 5; 9].

Кожен випадок хвороби, на який виписується ЛН, фіксується у формі №036/о «Журнал обліку реєстрації листків непрацездатності», затвердженій наказом МОЗ України від 14.02.2012р. №110, тобто відноситься до державних облікових форм. Відповідно по даному журналу ведеться облік листків непрацездатності [2].

Видачу бланків листків непрацездатності у ЗОЗ Шосткинського району та контроль за їх витратою здійснює у централізованому порядку КНП Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна лікарня».

Контроль за виконанням видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, у межах своєї компетенції проводять Міністерство охорони здоров'я України, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, профспілки та їх об'єднання [2; 13; 14, с. 65].

РОЗДІЛ 2 МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ РІВНІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

2.1. Порядок організації та проведення експертизи тимчасової непрацездатності

Робота експертизи тимчасової непрацездатності організовується у медичних закладах згідно чинного законодавства. Її роботу регулюють такі нормативно-правові акти:

- наказ МОЗ України від 09.04.2008р. №189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності»;

- спільний наказ МОЗ, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової непрацездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03.11.2004р. №532/274/136-ос/1406 «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності»;

- наказ МОЗ України від 13.11.2001р. №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність».

Проведення експертизи тимчасової непрацездатності забезпечується за рахунок взаємодії закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги (додаток В).

Організація діяльності експертизи тимчасової непрацездатності в ЗОЗ здійснюється безпосередньо її керівником, тобто головним лікарем. В першу чергу видається наказ щодо організації та роботи ЕТН у закладі [28; 30].

Локальним наказом затверджується персональний склад ЛКК, порядок, час та режим роботи. Установлюється порядок оформлення та видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, з урахуванням особливостей роботи закладу. Призначаються особи, відповідальні за облік, одержання, збереження, розподіл, видачу та

використання документів, що засвідчують ТН. Обов'язково визначається потреба в засвідчуючих ТН документах, забезпечується звіт про їх використання згідно з чинним законодавством. Головний лікар призначає комісію для знищення корінців та зіпсованих бланків ЛН. Окремим пунктом стоїть затвердження програми підвищення кваліфікації лікарів з питань ЕТН. Керівник закладу опікується питаннями щодо надання дозволу на видачу документів, що засвідчують ТН осіб, у яких вона настала поза постійним місцем проживання та роботи. У світі медичної реформи, коли особа має право задекларуватися у будь-якого лікаря без уваги на місце прописки або роботи, видача ЛН більш прив'язана до угоди з лікуючим лікарем. Головний лікар займається розглядом звернень з боку пацієнтів на дії лікарів з питань ЕТН. Також він зобов'язаний повідомити органи охорони здоров'я, фонд соціального страхування та правоохоронні органи про випадки втрати чи крадіжки бланків ЛН. Керівник закладу уживає заходи щодо притягнення до відповідальності згідно з чинним законодавством медичних працівників, які допустили порушення проведення ЕТН, порядок видачі, продовження та заповнення документів, що засвідчують ТН громадян, оформлення медичної облікової документації. Головний лікар створює комісію для повторного розгляду звернень громадян з приводу конфліктних ситуацій в діяльності ЕТН. Він також має право вносити пропозиції з удосконалення ЕТН до органів охорони здоров'я. Керівник лікувально-профілактичного закладу є відповідальним за стан організації та якості проведення ЕТН [1].

Взагалі діяльність експертизи тимчасової непрацездатності можна поділити на наступні рівні: перший – лікуючий лікар, другий – завідувач профільного відділення, третій – ЛКК медичного закладу, четвертий – заступник головного лікаря з ЕТН або відповідальна особа з ЕТН, п'ятий – відповідальна особа ЗОЗ з експертизи тимчасової непрацездатності [1; 2].

2.2 Алгоритм дії лікаря первинної ланки при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності

На сьогоднішній момент первинну ланку медичної допомоги можна представити як фундамент системи медичного обслуговування населення України, а лікаря загальної практики – її центральною фігурою. Сімейний лікар – це універсал, який вирішує ряд проблем, пов'язаних із здоров'ям пацієнта і надає практично всі види медичної допомоги: діагностичну, лікувальну, реабілітаційну, санітарно-просвітницьку, консультативну та організаційну [23, с. 28 – 29].

Завдання та обов'язки сімейного лікаря, що стосуються ЕТН, можна тезисно сформулювати наступним чином:

- проведення ЕТН безпосередньо хворих та направлення їх на ЛКК;
- участь у роботі ЛКК та МСЕК під час розгляду питань щодо курованих ним хворих;
- проведення роботи з питань медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів;
- проведення відбору хворих на санаторно-курортне лікування;
- оформлення документів для представлення на розгляд МСЕК [1; 31, с. 23].

Алгоритм дії лікаря первинної ланки можна представити наступним чином. Захворіла особа звертається до лікаря первинки (сімейного лікаря, терапевта чи педіатра). В ідеалі це лікар, з яким укладено угоду про надання первинної медичної допомоги. Якщо лікар, з яким укладено декларацію, з якихось причин не може обслужити хворого, то в такому випадку призначається інший лікар. При первинному зверненні особи з даним захворюванням лікар-куратор проводить огляд хворого. У формі №025/о «Медична карта амбулаторного хворого» повинні бути відображені скарги хворого, дані об'єктивного огляду та додаткових методів обстеження, що є підставою для постановки діагнозу. Ретельне вивчення страхового анамнезу визначає можливість надання хворому ЛН. Згідно Положення про ЕТН страховий анамнез визначається саме за

останні 12 місяців, а не за календарний рік. Також слід урахувати дані особи щодо наявності групи інвалідності, перебування у всіх видах відпусток, змін умов праці, наявності шкідливих та небезпечних умов праці, наявності професійних захворювань та перебування у відрядженні. У випадку видачі документа про ТН у медичній карті амбулаторного хворого вказується його номер, термін дії та дата наступної явки. Термін часу до моменту другої явки не повинен перевищувати 5 календарних днів [1; 27; 28].

При другій явці лікар визначає стан хворого. При зникненні симптомів або поліпшенні стану ЛН закривається з відповідною поміткою «стати до роботи». При продовженні хвороби лікар-куратор відображає в медичній карті амбулаторного хворого динаміку захворювання. Обов'язкове обґрунтування корекції лікування та призначення додаткових методів обстеження. В кінці прийому також зазначається наступна дата явки. Загальний термін ЛН у цьому випадку не повинен перевищувати 10 календарних днів. Вже на цьому етапі при потребі хворий може бути направлений на стаціонарне лікування. У цьому випадку лікар-куратор надає виписку з форми №025/о «Медична карта амбулаторного хворого» про обстеження, проведене лікування та страховий анамнез на останні 12 місяців. Лікарняний листок закривається з позначкою «продовжує хворіти» і надалі хворому видається у наступному закладі новий ЛН як продовження попереднього [1; 4].

Хворий може продовжувати лікуватися і в амбулаторних умовах. При більш складному перебігу хвороби, коли виявляються неефективними попередні методи лікування та обстеження, а хворий потребує подальшого продовження ЛН, лікар-куратор має право звернутися до завідувача відділенням з кількох причин. З клінічної точки зору це консультація з питань діагностики та лікування. З огляду на момент продовження ЛН більш як 10 днів це питання має вирішати завідуючий відділенням. Лікар-куратор повинен також звернутися до завідуючого відділенням у неординарних випадках, коли хворий звернувся наступного дня або через вихідні після закриття ЛН з позначкою «працездатний» [1; 2].

При терміні ЛН від 10 до 30 календарних днів лікар-куратор веде хворого разом з завідуючим відділенням. Надалі документи передаються на ЛКК, яка повинна розглядати термін перебування хворого на лікарняному не рідше 1 разу на 10 днів. Ця ситуація може тривати не більше терміну, що встановлений для направлення хворого на МСЕК [1; 9].

До обов'язків лікаря-куратора на різних етапах проведення ЕТН входить вирішення питання щодо лікування та його корекції, надання рекомендацій про подальше раціональне працевлаштування хворого, протезування у разі потреби, видача довідок на санаторно-курортне лікування. Разом із завідуючим відділенням представляє хворого на ЛКК та МСЕК [1].

Схема алгоритму дії лікаря первинної ланки надання медичної допомоги представлена у додатку Г.

При форс-мажорних обставинах, коли пацієнт загубив листок непрацездатності, лікар-куратор може видати новий ЛН з позначкою «дублікат». Це може відбутися після того, як хворий надасть довідку з місця роботи, допомога у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю за цей період йому не виплачувалась. Процес видачі дублікату проходить через засідання ЛКК [2; 9; 10].

Також пацієнт може забажати закриття ЛН при умові продовження хвороби. Частіше це обумовлено виплатами по місцю роботи. В такому випадку лікар-куратор закриває ЛН з поміткою «продовжує хворіти» і надалі оформлює продовження лікарняного [5].

Особа може отримати захворювання або травму під час алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотичних засобів. У цьому випадку видається листок непрацездатності з відповідною позначкою після визначення факту ЛКК у порядку, встановленому спільним наказом МВС України, МОЗ України та Міністерством юстиції України від 24.02.1995р. №114/38/15-36-18 «Про затвердження Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів» [2; 14, с. 71].

У закладі, де відсутня ЛКК, лікар первинної ланки з дозволу головного лікаря має право призначити тимчасове переведення на іншу роботу. Це може бути застосовано внаслідок професійного захворювання згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000р. №162 «Про затвердження переліку професійних захворювань». Оскільки лікар первинної ланки має право вести хворого з туберкульозом, то до такого хворого також можна застосувати відповідні заходи. Лист непрацездатності у цьому випадку може видаватися одноосібно строком до 2 місяців. Періодичність оглядів не повинна бути меншою один раз на 10 днів [5].

2.3 Етапи експертизи тимчасової непрацездатності на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги населенню

Для упорядкування, залагодження та розмежування функцій між закладами первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги населенню Шосткинського району при проведенні ЕТН був виданий спільний наказ КНП «Шосткинська центральна районна лікарня», КНП «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги», КНП «Шосткинська дитяча лікарня», КНП «Шосткинський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» від 01.11.2019р. №358/01-04 / 87 / 100 / 145од «Про взаємодію між закладами КНП «Шосткинський МЦПМСД», КНП «Шосткинська ЦРЛ», КНП «Шосткинська дитяча лікарня», КНП «Шосткинський РЦПМСД» при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності». Документ створено на основі Наказу УОЗ Сумської облдержадміністрації від 01.04.2019р. №234-ОД «Про взаємодію між закладами первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності». Спільний наказ ЗОЗ Шосткинського району регламентує процедуру взаємодії між закладами у процесі проведення ЕТН та лікарсько-трудової експертизи.

Відповідно до вимог, затверджених «Порядком надання первинної медичної допомоги» (наказ МОЗ України від 19.03.2018р. №504) видача та

продовження ЛН з приводу захворювань, лікування яких проводиться сімейним лікарем, дільничним терапевтом або педіатром, здійснюється у закладах первинної ланки КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» та КНП «Шосткинський районний центр ПМСД».

Видача та подовження ЛН при лікуванні хвороб, які потребують допомоги лікаря-спеціаліста, здійснюються в закладах другої ланки КНП «Шосткинська ЦРЛ» та КНП «Шосткинська дитяча лікарня».

Направлення з закладів первинки на консультацію та/або лікування до закладів надання вторинної або спеціалізованої допомоги регламентовано п.п.3,4,5,6 переліку медичних послуг ПМД відповідно додатку1 до Порядку надання ПМД за наказом МОЗ України від 19.03.2018р. №504. При направленні пацієнта від лікарня КНП «ШМЦПМСД» або КНП «ШРЦПМСД» до спеціаліста вторинної ланки для продовження лікування обов'язково оформлюється електронне направлення та виписка з амбулаторної карти, де вказуються обстеження, що підтверджують діагноз та ускладнення, та проведене лікування та страховий анамнез. При амбулаторному лікуванні загострень хронічних захворювань та неускладнених гострих захворювань, які потребують лише консультативної та/або методичної допомоги фахівця (також при направленні на МСЕК) листок непрацездатності не видається у закладах КНП «Шосткинська ЦРЛ» та КНП «Шосткинська дитяча лікарня». Хворого продовжує вести сімейний лікар, терапевти або педіатр КНП «ШМЦПМСД» або КНП «ШРЦПМСД».

При направленні хворих, які перебували на амбулаторному лікуванні, в стаціонар листок непрацездатності, виданий у закладах первинки, має бути закритий з позначкою «продовжує хворіти» та датою, яка передуює даті госпіталізації. Також, в медичній карті стаціонарного хворого дати надходження в стаціонар та дати відкриття лікарняного повинні збігатись [2].

При відновленні працездатності у особи, яка перебувала на стаціонарному лікуванні, у виписці з медичної карти стаціонарного хворого лікар зазначає дату висновку ЛКК, лікувальні та трудові рекомендації, дату закриття ЛН, дату,

з якої необхідно стати до роботи, номери документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян. Якщо хворий продовжує хворіти, у виписці лікар зазначає дату явки на прийом до лікаря поліклініки, обґрунтовує продовження ЛН та направлення на амбулаторне лікування після виписки хворого зі стаціонару [1; 2].

Якщо на момент виписки зі стаціонару особа продовжує хворіти, то новий лист непрацездатності відкривається у закладі відповідно потреби надання медичної допомоги. При неускладненому протіканні хвороби це заклади первинної медичної допомоги району. При потребі постійного нагляду профільного спеціаліста ЛН продовжується у тому ж закладі вторинної медичної допомоги [2; 13].

ЛКК ЗОЗ вторинної ланки може направити хворого на консультацію, лікування, уточнення діагнозу та за подальшими рекомендаціями у заклад високоспеціалізованої медичної допомоги. Хворому надається направлення, ЛН закривається з поміткою «продовжує хворіти». У закладі 3 ланки у разі необхідності видається новий лікарняний лист як продовження попереднього [1; 2; 18].

ЛКК закладу первинної, вторинної або третинної ланки медичної допомоги населення вирішує питання при направленні хворого на огляд або консультацію на МСЕК [1].

Остання керується у своїх діях на підставі Постанови кабміну України від 03.12.2009р. №1317 та може приймати документи на розгляд згідно з Постановою у випадках:

- за наявності стійкого чи незворотного характеру захворювання, якщо хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців із дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з тим самим захворюванням за останні дванадцять місяців;
- при захворюванні на туберкульоз хворий 10 місяців був непрацездатний;

для працюючих інвалідів – для переогляду та надання трудових рекомендацій [4; 8].

Щоб пацієнт отримав первинне направлення на МСЕК, перш за все потрібно три направлення від сімейного лікаря:

1. На ЛКК ЗОЗ третинного рівня для уточнення клініко-функціонального діагнозу обласним позаштатним спеціалістом. Уточнений діагноз затверджується експертом Управління охорони здоров'я Сумської облдержадміністрації з лікарсько-трудової експертизи.

2. До районного спеціаліста відповідно до профілю захворювання для отримання експертно-консультативного висновку.

3. На ЛКК ЗОЗ первинного рівня, до яких в Шосткинському районі відносяться КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» та КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» для отримання рішення для направлення на ЛКК ЗОЗ вторинного рівня.

На підставі отриманих документів сімейний лікар направляє хворого на ЛКК ЗОЗ вторинної ланки (КНП «Шосткинська ЦРЛ» або КНП «Шосткинська дитяча лікарня»). Там відбувається огляд хворого та виноситься рішення про первинне направлення на МСЕК [3].

На основі отриманого дозволу у КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» або КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» видається та оформлюється форма 088/о «Направлення на медико-соціальну експертну комісію», затверджена наказом МОЗ від 14.02.2002р. №110. Перелік необхідних спеціалістів, огляди яких повинні бути вписані у форму 088/о, затверджується на ЛКК ЗОЗ вторинної ланки [4]. Наступний етап – це затвердження заповненої форми 088/о на засіданні ЛКК первинної ланки та винесення рішення про направлення хворого на МСЕК для всатовлення ступеню інвалідності.

Схематично весь шлях пацієнта при первинному оформленні документів на інвалідність представлений на рис 2.1.

У разі повторного направлення (перекомісії) згідно того ж наказу УОЗ №234-ОД при умові стабільного стану пацієнта на момент огляду, а також

випадку неможливості хворого рухатися рішення про видачу та оформлення форми 088/о з затвердженням переліку необхідних спеціалістів приймається одразу у закладі первинного рівня КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» або КНП «Шосткинський районний центр ПМСД».



Рис. 2.1 - Порядок дій при направленні хворого на первинний розгляд МСЕК
Джерело: Наказ УОЗ Сумської облдержадміністрації від 01.04.2019р. №234-ОД.

Рішення ЛКК ЗОЗ вторинного рівня не потрібне. При цьому додається висновок спеціаліста (форма №028/о «Консультаційний висновок спеціаліста», затверджений наказом МОЗ України від 14.02.2012р. №110), за підписами фахівця та голови обласної ЛКК у Сумській обласній консультативній поліклініці КНП «Сумська обласна клінічна лікарня» чи спеціалізованої ЛКК іншого закладу третинного рівня. Висновок завірений експертом УОЗ Сумської облдержадміністрації з лікарсько-трудової експертизи. Таким чином, спрощується шлях пацієнта до МСЕК, яка у свою чергу вирішує, чи є стійка втрата працездатності.

Схематично вищевказані дії представлені на рис. 2.2.

Направлення від сімейного лікаря за умови стабільного стану або пацієнт не може рухатися або виходити за межі помешкання
Уточнення клініко-функціонального діагнозу спеціалістом ЗОЗ третинної ланки, затверджений експертом УОЗ з ЛТЕ
Рішення ЛКК первинної ланки про видачу та оформлення форми 088/о з затвердженням переліку необхідних спеціалістів
Надання заповненої форми 088/о з уточненим клініко-функціональним діагнозом спеціалістом ЗОЗ третинного рівня до МСЕК

Рис. 2.2 - Порядок дій при направленні хворого на повторний розгляд (перекомісію) МСЕК

Джерело: Наказ УОЗ Сумської облдержадміністрації від 01.04.2019р. №234-ОД.

Узгодженість дій спеціалістів-лікарів усіх задіяних закладів охорони здоров'я сприятиме здійсненню експертизи тимчасової непрацездатності на усіх рівнях надання медичної допомоги населенню.

РОЗДІЛ 3 НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ЗДІЙСНЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Аналіз проблемних елементів експертизи тимчасової непрацездатності, що виникають у механізмі взаємодії первинної, вторинної та третинної ланок надання медичної допомоги ланки та шляхи їх вирішення

Розглянемо проблемні питання, які виникають у процесі ЕТН між закладами первинної, вторинної та третинної медичної допомоги населенню на прикладі ситуаційних задач на основі історій хвороби абстрактних осіб.

Приклад 1. У пацієнта спостерігається стійка втрата працездатності. В наявності є обстеження, лікування та повний курс реабілітації у високоспеціалізованому закладі третього рівня з наступним висновком обласного спеціаліста. Але для можливості первинного направлення на МСЕК потрібний висновок районного спеціаліста (який відноситься до другої ланки надання медичної допомоги) та висновок ЛКК ЗОЗ другої ланки. Для цього знов необхідно звернутися до сімейного лікаря, який дасть направлення до районного фахівця з наступним ознайомленням висновку обласних спеціалістів. ЛКК ЗОЗ першої ланки направить пацієнта за висновком ЛКК другої ланки, де відбувається констатація факту стійкої непрацездатності та направлення на МСЕК. Якщо звернутися до рис. 2.1 та 2.2, які відображають порядок дій пацієнта при комісії/перекомісії на МСЕК, то можна побачити, що розгляд ЛКК закладу вторинної ланки носить формальний характер і не має клініко-діагностичної цінності [3].

Пропозиція: направлення пацієнта при первинному виході на інвалідність вести по алгоритму переогляду, тобто повторної комісії МСЕК. При цьому скорочуються терміни оформлення документів, відбувається економія часу не тільки пацієнта, але й лікарів закладів різних рівнів.

Приклад 2. Особа з патологією, яка в перспективі може призвести до стійкої втрати працездатності, тривало перебуває на ЛН. Пацієнт проходить стаціонарне лікування у спеціалізованому або високоспеціалізованому ЗОЗ (II-III рівень). Так, можна навести приклади стаціонарного перебування хворого з приводу гострого порушення мозкового кровообігу, гострого коронарного синдрому (інфаркт міокарда), оперативних втручань. Далі такий пацієнт продовжує лікуватись амбулаторно у лікаря-спеціаліста вторинної ланки, після чого доліковується у сімейного лікаря. Проблема заключається у відсутності нормативної бази, яка б обумовлювала маршрут пацієнта з вказанням часових періодів та етапів хвороби, на яких він повинен проходити лікування у лікаря ЗОЗ відповідного рівня. В результаті пацієнт може тривало, інколи необгрунтовано, знаходитися на ЛН при амбулаторному лікуванні у фахівця вторинки. Відбувається затягування строків непрацездатності та затримка передачі хворого до сімейного лікаря для оформлення документів на МСЕК. Потому у лікаря первинки залишається мінімальний проміжок часу для подачі документації на розгляд МСЕК.

Існує й інша сторона медалі. Медичні документи прооперованого пацієнта передають фахівцю для амбулаторного доліковування. Але спеціаліст не веде пацієнта тривалий проміжок часу, а швидко передає хворого на первинну ланку. В цей же час пацієнт потребує спеціалізованого лікування. Наприклад, потреба у спеціалізованому догляді за післяопераційною раною, періодичне проходження курсів специфічного лікування (поліхіміотерапія). Як наслідок – пацієнт відвідує сімейного лікаря з метою продовження ЛН, в той час як потребує постійних консультацій у спеціаліста. Таким чином збільшується радіус «походів» хворої особи. А пацієнт мав би і продовжувати ЛН, і отримувати медичну допомогу в одному закладі [4].

Пропозиція: законодавчо прописати кожен етап нагляду при окремих видах патології з визначенням ланки ЗОЗ, який буде курирувати хворого. За маркери можна взяти рекомендації професора ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» Л.Ю. Науменка «Орієнтовні терміни тимчасової

непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань та травм» та обширні настанови «Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою», що рекомендовані наказом МОЗ України від 03.08.2012р. №602. На прикладі цих документів сформувавши по кожному виду патології орієнтовні терміни перебування хворого під наглядом у вузького спеціаліста та сімейного лікаря. Так, при перебуванні хворого на ЛН терміном до 100 днів, з яких 20 доводиться на стаціонарне перебування, решта у кількості 80 днів потребує чіткого розподілу щодо проміжків часу курирування вузьким спеціалістом та сімейним лікарем [9].

Приклад 3. Із наказу УОЗ Сумської облдержадміністрації від 01.04.2019р. №234-ОД можуть виникати деякі специфічні ситуації. Наприклад, є нюанси, коли пацієнт за направленням сімейного лікаря їде до ЗОЗ третинного рівня для отримання консультаційного висновку відповідного спеціаліста. Часто трапляються випадки, коли пацієнт фізично за станом здоров'я не в змозі отримати довідку (особливо коли це самотня людина). Це може відбуватися внаслідок присутності інвалідизуючої патології, такої як: відсутність однієї чи обох нижніх кінцівок, виражені когнітивні порушення, порушення мови, виражений парез (плегія) кінцівок, виражений больовий синдром при остеохондрозі в тривалому сидячому положенні. В таких ситуаціях хворий не може потрапити до обласної лікарні з відділеного населеного пункту. Це призводить до порушення алгоритму уточнення клініко-функціонального діагнозу у ЗОЗ третинного рівня для подальшого направлення на МСЕК. Відбувається ускладнення процедури перекомісії інвалідності, виникнення конфліктних ситуацій, скарг та інших неприємних інсинуацій.

Пропозиція: чітко прописати на законодавчому рівні алгоритм дій при вищевказаних ситуаціях, а саме: вирішення питання з уточненням клініко-функціонального діагнозу на місцевому рівні або проведення консультацій спеціалістами третинного рівня в умовах телемедицини або виїзною бригадою, створеною для таких випадків, у район.

Приклад 4. До медичної реформи, коли надання медичної допомоги населенню було поділено на рівні, існувала проблема відкриття лікарняного листка по одному діагнозу у двох спеціалістів. Наприклад, при лікуванні остеохондрозу хворий міг пройти лікування у вузького спеціаліста, ЛН був при цьому закритий з поміткою «стати до роботи». При цьому особа тут же звертається до сімейного лікаря з тими ж скаргами і проханням відкрити новий ЛН з тим же діагнозом. Тобто не було взаємодії лікарів у плані обізнаності, що конкретний пацієнт тільки що отримав ЛН з тієї ж патології. Але при належному контролі за видачею ЛН у одному закладі лікарняний листок по одному діагнозу закривався у вузького спеціаліста за поміткою «продовжує хворіти» і виписувався як продовження у сімейного лікаря для долікування (і навпаки).

З розподілом закладів на первинний та вторинний рівень ця проблема тільки посилилась. Сімейний лікар не в змозі відстежити, скільки днів пацієнт перебував на ЛН по даному діагнозу у іншому закладі. Це призводить до того, що «сімейник» не може достовірно сформулювати категорію частохворюючих осіб, так як частина випадків була поза зоною його контролю. Інша неприваблива сторона полягає у зловживанні пацієнтом щодо відкриття ЛН по одному діагнозу шляхом видачі його і сімейним лікарем, і фахівцем вторинки. Таким чином відсутній зв'язок між ланками медичної допомоги на етапі відкриття ЛН [12, с. 5 – 7].

Пропозиція: вважати за успішне рішення даної проблеми введення електронних лікарняних листків. Пацієнт звертається до свого сімейного лікаря, який після встановлення діагнозу та призначення лікування буде мати можливість дистанційно відкрити електронний ЛН. При цьому документ підлягає посвідченню за допомогою електронного цифрового підпису. Термін дії е-лікарняного встановлюється автоматично і хворому не потрібно повторно відвідувати лікаря. У разі необхідності продовження ЛН система в автоматичному режимі визначає період хвороби в залежності від її виду. Для оформлення е-лікарняного вносяться дані по хворобу у Єдиний реєстр листків

непрацездатності по індивідуальному ідентифікаційному номеру. Кожній особі, яка була зареєстрована у Єдиному реєстрі ЛН (ЄРЛН), і отримала лікарняний, присвоюється номер. ЛН вважається відкритим з моменту реєстрації даних про хворобу у реєстрі. Про факт відкриття електронного ЛН можна дізнатися в електронному кабінеті особи на веб-порталі електронних послуг Пенсійного фонду України. Переваги е-лікарняних полягають у двох пунктах. Перший – це обізнаність лікарів на всіх етапах надання медичної допомоги про факти надання хворому ЛН по конкретному діагнозу. Це унеможливорює маніпуляцій з випискою лікарняного спеціалістами різних рівнів з приводу однієї патології. Другим пунктом є автоматичне отримання роботодавцем у електронному кабінеті повідомлення про е-лікарняний робітника.

У медичних закладах Сумської області поки що немає можливості запустити електронний обіг ЛН. Заклади первинної медичної допомоги теоретично та практично готові до прогресивних змін: відмічається повна комп'ютеризація установ та готовність лікарів до співпраці. Гальмування процесу спостерігається в ЗОЗ вторинної ланки, де відсутня 100% забезпеченість комп'ютерами і, як відповідність, - неготовність лікарів влитися в систему.

Приклад 5. Може виникати ситуація, коли працюючий пацієнт, частіше всього непрацездатного віку, тобто пенсіонер, знаходиться на довготривалому ЛН з приводу інвалідізуючої патології. При оформленні документів для посильного листа виходу на інвалідність така особа відмовляється від направлення на МСЕК. Мотив – він є пенсіонером по віку, вже отримує пенсійні виплати і в групі інвалідності немає потреби. У таких випадках згідно наказу МОЗ від 13.11.2001р. №455 це прирівнюється (і фактично є) до порушення режиму. Лікар-куратор повинен у перспективі закрити ЛН з поміткою «порушення режиму» - «відмова від направлення на МСЕК». Конфлікт інтересів полягає в тому, що з одного боку хворий дійсно розуміє, що йому не потрібний вихід на інвалідність з об'єктивних причин (отримання пенсії за віком). З іншого боку лікар розуміє ці обставини справи, але

вимушений закрити ЛН з відміткою «порушення режиму». У цій ситуації у пацієнта є документ, виправдовуючий відсутність на роботі, але не підлягаючий оплаті. При вирішенні питань надання матеріальної допомоги по хворобі Фонд соціального страхування України (ФССУ) додатково контролює ЛН з поміткою про порушення режиму, до яких відноситься неявка без поважних причин як на ЛКК, так і на МСЕК. Порушники втрачають право на допомогу з дня допущення порушення на визначений строк.

Пропозиція: з'ясовувати потребу хворого у виході на групу інвалідності на етапі лікування у вузького спеціаліста. Тобто фахівець повинен долікувати пацієнта і не відправляти його на долікування до сімейного лікаря. ЛН закривається з поміткою «стати до роботи» за наполяганням пацієнта. Ситуація не доводиться в перспективі до початку оформлення сімейним лікарем документів на МСЕК. Також уникається конфлікт пацієнта з сімейним лікарем, який вимушений закрити ЛН з поміткою про порушення режиму – відмова від направлення на МСЕК.

Приклад 6. У діяльності лікарів ЗОЗ всіх рівнів з приводу ЕТН важливо пам'ятати, що правильно оформлений ЛН з точки зору правильності діагнозу та термінів відсторонення від роботи ще не є гарантією його фінансового забезпечення. Листок непрацездатності є підставою для матеріальних виплат, але є ряд випадків, які не підлягають оплаті та можуть бути віднесені до конфліктних з ФССУ. Так, згідно ст.23 Закону України №1105-XIV «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» ЛН не підлягає оплаті:

- у разі захворювання або одержання травм при вчиненні особою кримінального правопорушення;
- у разі навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю з метою ухилення від роботи чи інших обов'язків або симуляції хвороби;
- за час примусового лікування, призначеного за постановою суду;

- у разі ТН у зв'язку із захворюванням або травмою, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з таким сп'янінням;

- за період перебування застрахованої особи у відпустці без збереження заробітної плати, творчій відпустці, додатковій відпустці у зв'язку з навчанням.

Пропозиція: лікарям ЗОЗ всіх рівнів при експертизі тимчасової непрацездатності строго керуватися наказами МОЗ від 13.11.2001р. №455, від 09.04.2008р. №189 для уникнення конфліктних ситуацій з ФССУ. Інформувати пацієнтів, що ЛН не може бути оплачений у випадках, вказаних у Законі №1105, і виключно є документом, який виправдовує відсутність на робочому місці.

Приклад 7. Комісія з соціального страхування регулярно перевіряє ЗОЗ всіх рівнів на предмет правильності заповнення ЛН. Тому що тільки правильно заповнений бланк є підставою для надання матеріальної допомоги. Але на жаль помилки при заповненні бланку ЛН продовжують допускати у ЗОЗ всіх рівнів. Типовими та розповсюдженими помилками залишаються:

- вказання скороченої назви підприємства та відсутність його адреси;
- відсутність підкреслення слова «первинний» або «продовження»;
- нема вказання режиму (амбулаторний чи стаціонарний);
- при виправленні помилок в тексті запис «Виправленому вірити» не завірений підписом лікаря-куратора або відсутня печатка ЗОЗ «Для листків непрацездатності»;

- відсутність підпису завідувача відділенням у разі тривалості ТН понад 10 календарних днів при амбулаторному лікуванні.

Пропозиція: регулярно проводити заняття з лікарями щодо виконання наказу МОЗ України від 03.11.2004р. №532, який затверджує Інструкцію про порядок заповнення листка непрацездатності, тим самим тримаючи діяльність ЕТН закладу на високому рівні [13].

3.2 Аналіз організації та здійснення експертизи тимчасової непрацездатності у КНП «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Діяльність експертизи тимчасової непрацездатності у ШМЦПМСД організована згідно наказу по закладу від 02.01.2019р. №5 «Про заходи щодо поліпшення експертизи непрацездатності в лікувальних закладах району». Цим наказом затверджене Положення про лікарсько-консультативну комісію, яка є третім рівнем ЕТН.

Згідно звітів з видачі ЛН по КНП «ШМЦПМСД» за 9 місяців 2020р., який було сформовано на основі даних, занесених у ф.036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності», було видано 3488 листків непрацездатності із загальною кількістю днів 25110. При цьому середня тривалість лікарняного тривала 7,2 дні. Враховуючи, що за 9 місяців 2020р. в міський центр було здійснено 86726 відвідувань з приводу захворювань, 1 виданий ЛН припадає в середньому на 24-25 випадків. У процентному відношенні серед всіх відвідувань з приводу захворювання 2,8% потребували виписки ЛН.

Розподіл видачі ЛН по нозологіях хвороб згідно МКХ-10 наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 - Кількість виданих листів непрацездатності по нозологіях хвороб

	Кількість випадків	Кількість днів	Середній термін тривалості 1 випадку
Інфекційні та паразитарні хвороби	6	48	8,0
Новоутворення	31	614	19,8
В т.ч. злоякісні	31	614	19,8
Хвороби крові та кровотворних органів	-	-	-
Хвороби ендокринної системи	7	89	12,7
Розлади психіки та поведінки	-	-	-
Хвороби нервової системи та органів чуття	1	19	19,0
Хвороби органів зору	1	4	4,0
Хвороби вуха та соскоподібного відростку	-	-	-

Хвороби системи кровообігу	337	2934	8,7
Хвороби органів дихання	2631	17285	6,6
Хвороби органів травлення	131	1117	8,5
Хвороби кістково-м'язової системи	240	1996	8,3
Хвороби сечостатевої системи	27	289	10,7
Травми та отруєння	3	54	18,0
Інші причини	73	661	9,1
ВСЬОГО	3488	25110	7,2

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішніх документів КНП «Шосткинський міський центр медико-санітарної допомоги»

Згідно таблиці можемо бачити, що найбільше листків непрацездатності виписується з приводу хвороб органів дихання. На другому місці знаходяться хвороби системи кровообігу. Відповідно на третьому – хвороби кістково – м'язової системи. Якщо брати до уваги середню тривалість перебування на ЛН, то найбільшу кількість днів складають новоутворення – 19,8 днів. Хвороби нервової системи мають тільки 1 випадок перебування на ЛН, який складає 19,0 днів, тому для повноцінного аналізу ця ситуація непоказова. На третьому місці знаходяться випадки травм – 18,0 дня. Хоча найбільша кількість лікарняних листків була виписана з приводу хвороб органів дихання, середня тривалість перебування на листку складає тут лише 6,6 дня.

Наглядно розподіл виписаних листків непрацездатності у процентному відношенні відображає рис. 3.1.

Дуже великий (75%) відсоток лікарняних листків, виданих з приводу хвороб системи органів дихання пояснюється наступним фактом. У коло діяльності міського центру входить обслуговування дитячого населення. У переважній більшості випадків діти хворіють на гострі респіраторно-вірусні, а також інші хвороби органів дихання: ларингіти, фарингіти, тонзиліти. Ця патологія потребує перебування хворої дитини вдома, а відповідно – нагляду батьків. До хвороб органів кровообігу (10% по закладу), лікування яких потребує виписки ЛН, відносяться гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні хвороби, флебіти та тромбофлебіти.

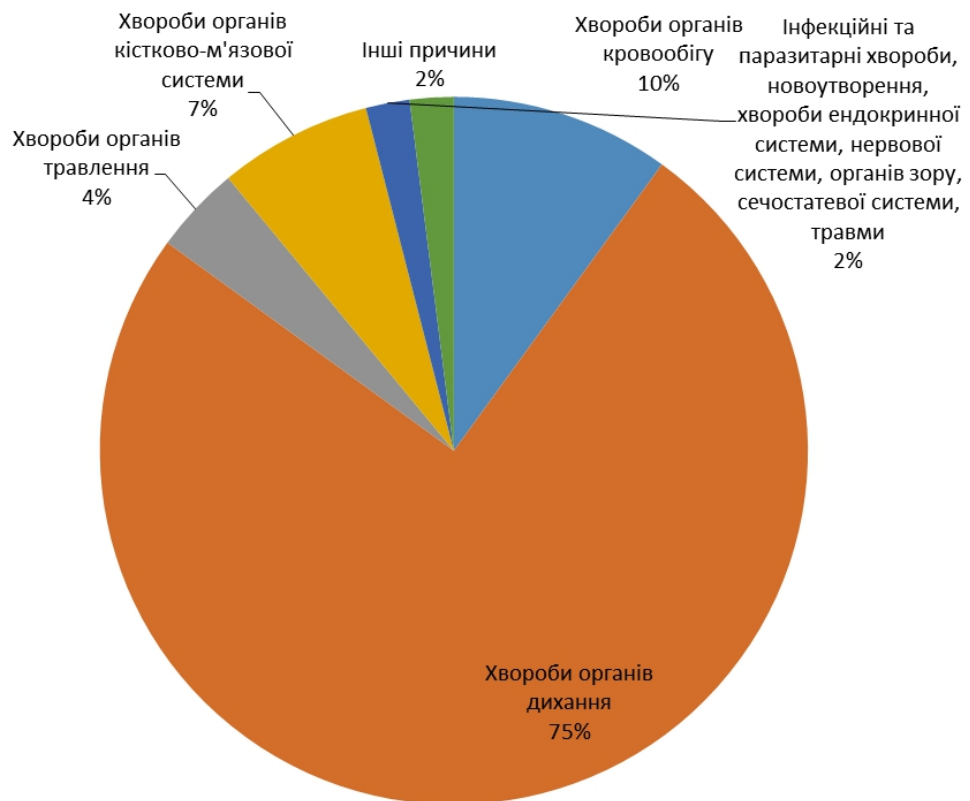


Рис. 3.1 - Розподіл виданих листів непрацездатності за нозологіями хвороб

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішніх документів КНП «Шосткинський міський центр медико-санітарної допомоги»

Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Шосткинської міської ради (далі – ШМЦПМСД) було створено у рамках реформи медичної галузі України як заклад первинної медичної допомоги згідно рішення XVIII сесії VII скликання Шосткинської міської ради від 15 червня 2018 року. До створення закладу була єдина лікарсько-консультативна комісія у КНП «Шосткинська центральна районна лікарня», яка вирішувала питання тимчасової непрацездатності дорослого населення. З розмежуванням ЗОЗ на первинну, вторинну та третинну ланки надання медичної допомоги у кожному закладі на кожному рівні є своя ЛКК.

Комісія працює у складі голови – заступника головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності та членів: завідувача відділенням та

лікуючих лікарів в обумовленому порядку, часу та режимі. У своїй діяльності члени комісії керуються чинними нормативно-правовими документами, стандартами медичних технологій лікувально-діагностичного процесу та протоколами надання медичної допомоги за спеціальностями, іншими чинними законодавчими та нормативними актами. Також існує спеціальна комісія для знищення корінців та зіпсованих бланків ЛН. ЛКК має право надавати дозвіл на видачу лікарняних листків громадянам, тимчасова непрацездатність яких настала поза місцем проживання або роботи. Комісія розв'язує питання ЕТН тільки після особистого огляду хворого і вивчення даних медичної облікової документації за представленням лікуючого лікаря та завідувача відділенням. Також для консультацій можуть залучатися провідні фахівці інших лікувальних установ. Всі рішення комісії реєструються у первинній медичній документації та журналі висновків лікарсько-консультативної комісії (форма №035/о, затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012р. №110) [1].

Лікарсько-консультативна комісія КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» для зручності відвідувачів працює щоденно. Тобто за період, що описується, було проведено 177 засідань ЛКК, на яких було розглянуто 1979 потребуючих уваги випадків, в тому числі рішення про первинне направлення пацієнта або особи з погіршенням стану на МСЕК. З них розгляд з приводу продовження ЛН склав 775 одиниць. Беручи до уваги кількість ЛН по закладу, можна простежити, що періодичність потреби у висновку ЛКК складає 1 випадок на 4-5 ЛН.

Слід зауважити, що ЛКК вирішує питання не тільки відносно продовження листків непрацездатності. Згідно з Положенням про лікарсько-консультативну комісію, затвержену наказом по КНП «Шосткинський МЦПМСД» від 02.01.2019р. №5, яка перекликається з відповідним Положенням, затвердженим наказом МОЗ від 04.07.2008р. №189, ЛКК не тільки розглядає та приймає рішення у найбільш складних випадках діагностики, лікування, тактики ведення хворого та продовження ЛН на строк понад 30 днів. Також мова йде про визначення ступеню непрацездатності, конфліктні ситуації при ЕТН на

різних етапах надання медичної допомоги населенню. При необхідності ЛКК закладу направляє хворих на консультацію, обстеження та лікування, встановлення зв'язку захворювання з умовами праці до спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Комісія забезпечує розгляд питань щодо видачі та продовження ЛН відповідно чинного законодавства на період санаторно-курортного лікування, на час догляду за хворим членом сім'ї, у разі видачі дублікатів листка непрацездатності. Важливим пунктом у діяльності ЛКК є направлення хворих на огляд (переогляд) медико-соціальної експертної комісії (МСЕК). Так, за звітний період у результаті діяльності ЛКК КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» 50 осіб вперше отримали свідоцтва про інвалідність. Згідно обласних даних первинна інвалідність (працездатного і непрацездатного населення) по Шосткинському району наступила у 153 осіб. Тобто третина пацієнтів отримала первинний діагноз завдяки роботі ЛКК міського закладу первинки.

3.3 Рекомендації щодо вдосконалення процедури експертизи тимчасової непрацездатності в умовах пандемії COVID-19

У зв'язку з роботою ЗОЗ в умовах розповсюдження коронавірусу COVID-19 заклади області отримали інформаційний лист Управління охорони здоров'я Сумської області від 28.10.2020р. №01-24/2/604 «Про надання інформації». Він призначений для керівників ЗОЗ області та голів ЛКК та обумовлює питання видачі та продовження листків непрацездатності в умовах пандемії. Видача ЛН особам, хворим на COVID-19 базується на таких документах:

- наказ МОЗ України від 13.11.2001р. №455 «Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність» зі змінами;
- наказ МОЗ України від 03.11.2004р. №532, що затверджує «Інструкцію про порядок заповнення листка непрацездатності»;
- постанова Кабінету Міністрів України від 20.07.2020р. №641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів

на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, причиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [7; 18].

У разі наявності клінічних ознак гострого респіраторного синдрому, що характерні для COVID-19 та позитивного тесту полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на вірус SARS COVID-19 видається листок непрацездатності. У випадку легкого перебігу захворювання лікування проводиться у амбулаторному режимі, який передбачає огляди лікуючим лікарем вдома, в поліклініці чи амбулаторії або з використанням телефонного зв'язку чи інтернет-ресурсів. Відповідно може бути відкритий та продовжений ЛН. Кратність оглядів хворого протягом періоду, на який продовжено лікарняний лист, може збільшуватись за рішенням лікуючого лікаря. Лікування проводиться до відновлення стану працездатності, що обґрунтовується покращенням загального стану пацієнта, зникненням або суттєвим зменшенням ознак запалення при фізикальному обстеженні, позитивною динамікою клініко-лабораторних показників, відсутністю потреби у додатковому обстеженні легень чи інших ураженнях коронавірусною хворобою органів і систем, у консультаціях спеціалістів. Закриття ЛН відбувається виключно після особистого огляду пацієнта з детальним описом у медичній документації скарг, даних об'єктивного огляду пацієнта, що разом з клініко-лабораторними даними підтверджують відновлення працездатності пацієнта [12, с. 10].

У випадку самоізоляції особи при COVID-19 термін тимчасової непрацездатності визначається відповідно до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом МОЗ України від 28.03.2020р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)». Якщо у пацієнта, що перебуває на ЛН з причини ГРВІ, підозра на COVID-19 (первинний діагноз) встановлюється діагноз COVID-19 на підставі результату проведеного ПЛР-тесту, лікарем продовжується цей же ЛН та після закінчення лікування у графу «Заключний діагноз» вноситься діагноз: Коронавірусна хвороба (COVID-19) та її шифр. Якщо у разі перебування пацієнта на ЛН з приводу ГРВІ відбувся контакт з

особою, хворою на COVID-19, листок непрацездатності по лікуванню ГРВІ закривається до роботи. З наступного дня видається новий ЛН як контактній особі по ізоляції від COVID-19 [12, с. 11 – 12].

Відлік днів самоізоляції при видачі ЛН контактній особі починається з дня, наступного від дня контакту з хворим, незалежно від дня забору мазка на ПЛР з носо- та ротоглотки пацієнта. Останнім днем ізоляції контактної особи є чотирнадцятий день після останнього незахищеного контакту з хворим на COVID-19. Відповідно до постанови КМУ №641 термін продовження ЛН з причини ізоляції не може перевищувати 14 днів. При оформленні лікарняного у графі «Діагноз первинний», «Діагноз заключний» вказується «Самоізоляція», «Шифр» не вказується, у графі «Причина непрацездатності» - «ізоляція від COVID-19 - 11», а у графі «Режим» вказується «домашній». При закінченні ізоляції та закритті ЛН по одному випадку у особи може виникнути інший контакт. Тоді видається новий лікарняний, але не більше 14 днів [12, с. 12].

Якщо контактній особі у період перебування на ЛН з причини самоізоляції все ж таки встановлюють діагноз COVID-19, то перший лікарняний закривається днем встановлення діагнозу. По виявленому захворюванню видається новий ЛН, який продовжується на необхідну кількість днів до відновлення працездатності.

При направленні хворого на лікування у інший медичний заклад існуючий ЛН закривається з поміткою «продовжує хворіти», у наступному ЗОЗ відкривається новий лікарняний як продовження попереднього і закривається у момент відновлення працездатності.

З огляду того, що сімейний лікар може відкривати ЛН внаслідок звернення пацієнта по телефону, може ставитися питання про обґрунтованість та достовірність наданої пацієнтом інформації. Не виключені випадки симуляції хвороби. Тому все ж таки можна наполягати на дотримуванні особистого огляду хворого лікарем. Виключення може скласти самоізоляція особи, де він не потрібен. Та у разі продовження ЛН лікарський огляд пацієнта на 5 день хвороби є обов'язковою процедурою, тому що по-перше - це виключить спробу

особи симуляції або агравації симптомів хвороби, що приведе до зменшення термінів перебування на ЛН. По-друге – об’єктивна оцінка стану пацієнта дозволить лікарю своєчасно діагностувати ті чи інші ускладнення. Також лікар буде мати можливість скорегувати лікування та у разі необхідності направити хворого в стаціонар. Це також в перспективі призведе до скорочення термінів перебування на ЛН. А головне – своєчасному видужанню пацієнта без наслідків для здоров’я, в тому числі інвалідизації.

У світі коронавірусної пандемії можна додати пропозицію щодо ситуації, коли пацієнт знаходиться на довготривалому ЛН з перспективою виходу на інвалідність. В нинішніх умовах гострої епідситуації ставиться питання про доцільність консультацій таких хворих у ЗОЗ третинного рівня. Наприклад, коли у пацієнта у якості основної патології виступає захворювання легенів (бронхіальна астма, ХОЗЛ), серцево-судинні захворювання, захворювання ендокринної системи (цукровий діабет) то він потрапляє до зони ризику виникнення ускладнень від коронавірусної хвороби. Тому таким хворим бажано уникати особистих контактів в громадському транспорті та інших довготривалих соціальних контактів, що можуть призвести до збільшення можливості зараження COVID-19. Тому вважається за доцільне відстрочити вирішення питання консультації на третинному рівні до поліпшення епідситуації. На даному етапі краще обійтися консультативним висновком районного спеціаліста для вирішення питання стійкої втрати працездатності [18].

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи вищенаведені дані, можна сказати, що відповідно діючої нормативної бази МОЗ України основною підставою для діяльності ЕТН у ЗОЗ всіх рівнів є:

- наказ МОЗ від 09.04.2008р. №189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності»;
- наказ МОЗ від 13.11.2001р. №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність»;
- постанова Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009р. №1317 «Питання медико-соціальної експертизи»,

а також ряд Законів України та постанов, на які спирається вся медична спільнота України.

Високоєфективний підхід до діяльності ЕТН вимагає від усіх лікарів не тільки знань з позицій сучасних підходів щодо діагностики та лікування, а й юридичної підготовки. Тому в області медико-соціальної експертизи лікарі всіх рівнів надання медичної допомоги населенню повинні знати:

- основи законодавства України про охорону здоров'я;
- нормативні документи, що регламентують діяльність ЗОЗ;
- основи організації лікувально-профілактичної допомоги;
- сучасні методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань;
- етіологію, патогенез, симптоматику, особливості перебігу та принципи комплексного лікування основних захворювань;
- правила оформлення медичної документації;
- порядок проведення ЕТН та медико-соціальної експертизи.

На сьогоднішній час в області проведення ЕТН залишаються нагальними питання підвищення якості, об'єктивності, доступності та ефективності. Потрібно продовжувати приближення медико-експертної допомоги населенню, особливо сільському, а відповідно реалізовувати Концепцію реформ в охороні

здоров'я України. Це може відбутися за рахунок раціональної організації структури МСЕК, а також на основі покращення роботи лікарів ЛКК. На поверхні тримається питання вдосконалення співпраці між лікарями ЗОЗ, ЛКК всіх рівнів, МСЕК із регіональними відділами Фондів соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві, Фондів соціального страхування з тимчасової непрацездатності. Відпрацьований механізм відносин між цими структурами полегшить процедуру продовження листків непрацездатності хворим та інвалідам для лікування та реабілітації. Як продовження медичної реформи з питань переведення документообігу в електронний режим можна було б вважати створення єдиного реєстру інвалідів з застосуванням в роботі електронних форм. Також початок роботи з Єдиним реєстром листків непрацездатності могло б уникнути непорозумінь у сфері ЕТН.

Для покращення доступності знань населення з питань медико-експертної допомоги та реабілітації є сенс забезпечити регулярне інформування широких кіл через друковані видання та ЗМІ.

Сучасна медицина України має гуманітарну направленість, що орієнтована на загальнолюдські цінності демократичного суспільства. Вона обумовлює необхідність надання медичної допомоги громадянам на всіх рівнях. І саме тому зростає роль взаємодії лікарів МСЕК як з лікарями первинної ланки, так і з лікарями ЛКК закладів охорони здоров'я всіх рівнів. Якісне оформлення медичної документації хворих, які направляються для експертизи як тимчасової, так і стійкої втрати працездатності – залог успіху у виконанні обов'язків лікарів експертних установ по відношенню до пацієнтів.

Отже, експертиза тимчасової непрацездатності є невід'ємною частиною роботи лікарів на всіх етапах надання медичної допомоги. Її значення розгалужується у клінічних, соціально-економічних та правових аспектах. На сучасному етапі у контексті нових епідеміологічних проблем питання ЕТН потребують доопрацювання та корекції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності: Наказ МОЗ України від 09 квітня 2008р. №189 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0589-08#Text> (дата звернення: 05.12.2020).
2. Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян: Наказ МОЗ України від 13 листопада 2001р. №455 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1005-01#Text> (дата звернення: 05.12.2020).
3. Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян: веб-сайт. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/nibu/2018/august/issue-68/article-38781.html> (дата звернення 02.12.2020).
4. Питання медико-соціальної експертизи: Постанова КМУ від 03 грудня 2008р. №1317 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.12.2020).
5. Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності: Наказ МОЗ України від 03 листопада 2004р. №532 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1454-04#Text> (дата звернення: 05.12.2020).
6. Постанова Печерського районного суду м. Києва від 25 липня 2006р. №2-А-216-1/06. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1324-06#Text> (дата звернення: 05.12.2020).
7. Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, причиненої коронавірусом SARS-CoV-2: Постанова Кабінету Міністрів України від 20.07.2020р. №641. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vstanovlennya-karantynu-ta-zapr-641> (дата звернення: 05.12.2020).

8. Допомога за кошти фонду соціального страхування: веб-сайт. URL: <https://www.balance.ua/news/post/posobie-za-schet-fonda-socialnogo-straxovaniya/> (дата звернення: 30.11.2020).
9. Допомога по тимчасовій непрацездатності: веб-сайт. URL: <https://wiki.legalaid.gov.ua/index.php> (дата звернення: 29.11.2020).
10. Експертиза сталої та тимчасової непрацездатності при основних хронічних неінфекційних захворюваннях в практиці сімейного лікаря. Навчально-методичний посібник. Н. С. Михайловська, Т. О. Кулініч. Запоріжжя, ЗДМУ, 2018. 179 с.
11. Заповнення лікарняного: контрольні точки: веб-сайт. URL: <https://hrliga.com/index.php?module=news&op=view&id=22377> (дата звернення: 28.11.2020).
12. Інформаційний лист Управління охорони здоров'я Сумської області від 28.10.2020р. №01-24/2/604 «Про надання інформації». 15 с.
13. Інформація щодо обміну довідок про тимчасову непрацездатність, які видані закладами охорони здоров'я окремих областей на бланки листків непрацездатності: веб-сайт. URL: <https://buhgalter.com.ua/news/other/informatsiya-shchodo-obminu-dovidok-pro-timchasovu-nepratsezdattnist/> (дата звернення: 01.12.2020).
14. Іпатов А. В. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак та ін. Дніпропетровськ: Пороги, 2004. 100 с.
15. Іпатов А. В. Управлінські та аналітико-економічні проблеми медицини та медико-соціальної експертизи: стан та шляхи удосконалення / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Н. Г. Шпанковська. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. 370 с.
16. Колісниченко А. Листки непрацездатності: видача, заповнення, реєстрація, облік і зберігання. *Все про працю*. 2020. №5. С. 16 – 21.

17. Кризина Н.П., Заглада О.О., Слабкий В.Г. Питання фінансування первинної медико-санітарної допомоги населенню України: проблеми та перспективи. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. №23. С. 100 – 106.

18. Лікарняний лист при ізоляції від COVID-19: веб-сайт. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ot/2020/may/issue-10/article-108734.html> (дата звернення 30.11 2020).

19. Методичні рекомендації щодо оформлення медичної документації з метою надання застрахованим особам та потерпілим внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання матеріального забезпечення, медичних та соціальних послуг за рахунок коштів фонду соціального страхування України: веб-сайт. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/sum/uk/publish/article/92575> (дата звернення 01.12.2020).

20. Мешко Є. Проблемні питання ведення приватної практики з надання первинної медичної допомоги: ліцензування, експертиза тимчасової непрацездатності, групова практика: веб-сайт. URL: <http://afm.org.ua/index.php/upravlinnia-praktykoiu/58-pryvatna-praktyka/12-problemni-pytannia-vedennia-pryvatnoi-praktyky-z-nadannia-pervynnoi-medychnoi-dopomohy-litsenzuvannia-ekspertyza-tymchasovoi-nepratsezdatnosti-hrupova-praktyka> (дата звернення: 02.12.2020).

21. Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М. Питання експертизи стійкої непрацездатності в практиці лікарів загальної практики сімейної медицини. *Медичні перспективи*, Т. 21 (№ 2). С. 87-90

22. Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М., Чемерисов В.В. Оптимізація співпраці МСЕК та лікарів первинної ланки надання медичної допомоги на основі сучасних нормативно-правових підходів до визначення груп інвалідності. *Вісник проблем біології медицини*. 2014. Вип. 3. Т.1 (110). С. 248 – 251.

23. Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М., Чемерисов В.В., Фесенко Г.Д. Експертні питання післядипломної підготовки лікарів загальної практики: направлення хворих на МСЕК. *Сімейна медицина*. 2015. №5. С.28-29.
24. Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань і травм / Л. Ю. Науменко, В. В. Чемирисов [та ін.]. Дніпропетровськ, 2008. 78с.
25. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч. I. / Л. Ю. Науменко, В. В. Чемирисов [та ін.]. Дніпропетровськ, 2013. 327с.
26. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч. II. /Л. Ю. Науменко, В. В. Чемирисов [та ін.]. Дніпропетровськ, 2013. 318с.
27. Перевіряємо заповнення лицьового боку лікарняного листа: веб-сайт. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ot/2016/november/issue-22/article-23294.html> (дата звернення 29.11.2020).
28. Помилки лікарів під час експертизи тимчасової непрацездатності: веб-сайт. URL: <https://www.sunrisemy.com/pomilki-likariv-pid-chas-ekspertizi-timchasovo%D1%97-nepracezdatnosti/> (дата звернення: 01.12.2020).
29. Порядок заповнення листка непрацездатності: веб-сайт. URL: <https://www.buh24.com.ua/poryadok-zapovnennya-listka-nepratsezdatnosti/>(дата звернення 5.12.2020).
30. Порядок заповнення лікарняного листа: веб-сайт. URL: <https://adm.km.court.gov.ua/sud2270/pres-centr/nov/1029825/> (дата звернення: 01.12.2020).
31. Сучасні положення про визначення причин інвалідності: Навчально-методичний посібник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, М. І. Черненко та ін. Дніпропетровськ. 2007. 67 с.

**Документи, які можуть бути видані для засвідчення факту тимчасової непрацездатності
(згідно з наказом МОЗ України від 13.11.2001р. №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів,
що засвідчують тимчасову непрацездатність»)**

Листок непрацездатності		Форма №095/о «Довідка про тимчасову непрацездатність студентів, учня технікуму, професійно-технічного училища про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад»	Форма №138/о «Довідка з догляду за хворим членом сім'ї»	Довідка довільної форми
		Може видаватися	Не може видаватися	
1. У разі захворювання чи травми на весь період до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності МСЕК. 2. На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія, гемодіаліз тощо) 3. У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України. 4. При направленні	1. Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу. 2. ЛН не видається по догляду: - за хронічним хворим у період ремісії - хворою дитиною в період щорічної відпустки, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років; - за здоровою дитиною на період карантину;	За захворювання студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів.	Видається при необхідності здійснювати нагляд за хворою дитиною, якщо вона продовжує хворіти, а максимальний строк терміну листка непрацездатності закінчився. Довідка видається до повного одужання дитини від гострого захворювання. При загостренні хронічного захворювання – по досягненні ремісії.	1. З приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України. 2. За направленням слідчих органів, прокуратури і суду. 3. У разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних. 4. Особам, які проходять обстеження в ЛПЗ за направленням військових комісаріатів.

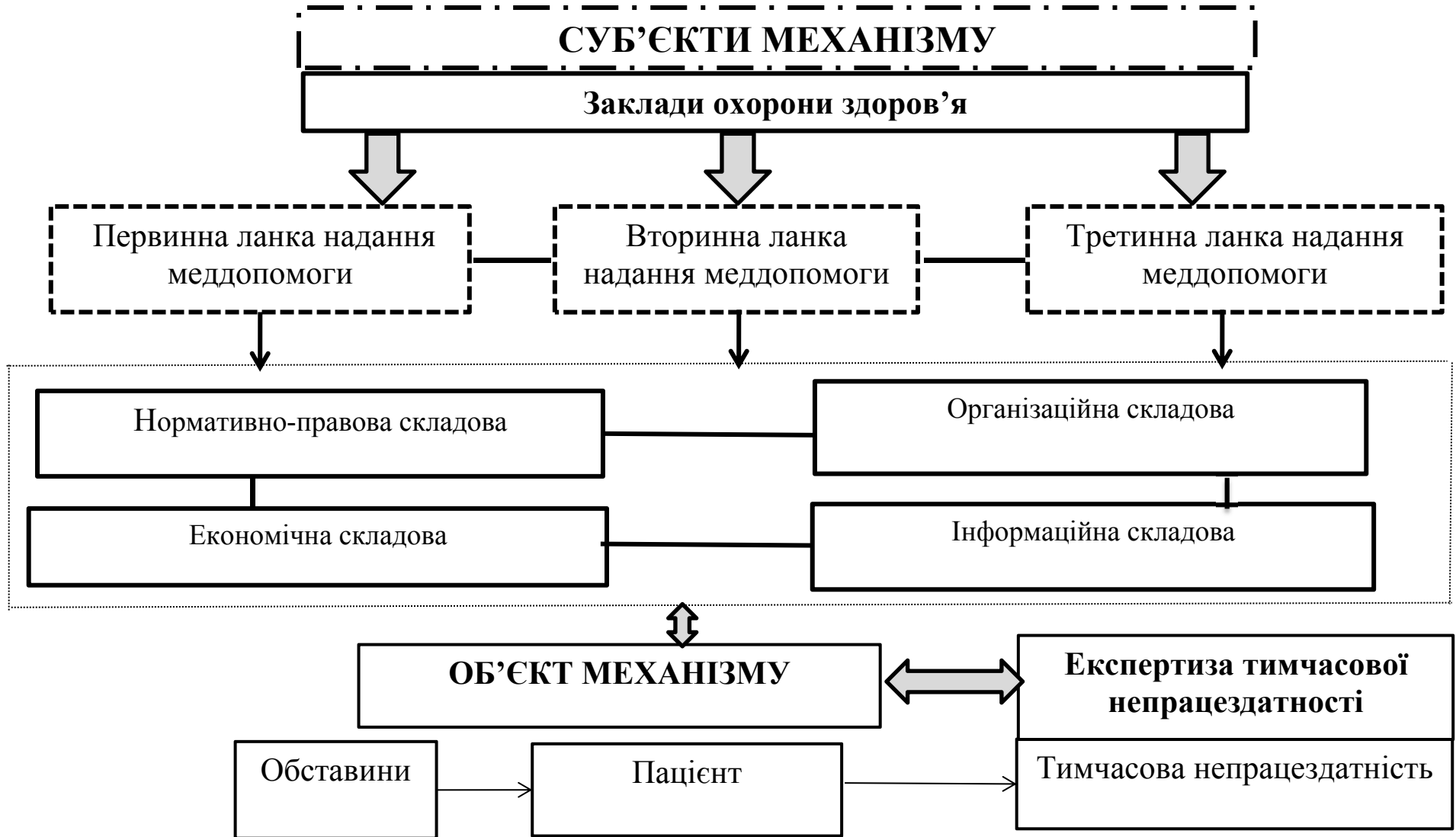
<p>хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів безпосередньо із стаціонарів.</p> <p>5. Для догляду за дорослим членом сім'ї, хворою дитиною.</p> <p>6. Одному з працюючих батьків (опікуну), який виховує дитину-інваліда до 18 років – на термін лікування в санаторно-курортному закладі на термін разом з дорогою, якщо є необхідність у сторонньому нагляді. Також для лікування у медичних центрах реабілітації.</p> <p>7. Працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною до 3 років, дитиною-інвалідом до 18 років, у випадку пологів або хвороби матері на період, коли вона за медичними висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною, також у випадку необхідності догляду за другою хворою дитиною.</p>	<p>- за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.</p>			<p>5. Особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару.</p> <p>6. Особам, які проходять діагностичне обстеження в ЗОЗ за відсутності ознак тимчасової непрацездатності.</p> <p>7. Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу.</p> <p>8. Якщо хворий звернувся у нічний час, коли чергує тільки середній медичний персонал. Видається довідка з коротким описом захворювання або травми, визначається дата і час звільнення від роботи.</p> <p>9. Особам, що перенесли інфекційні захворювання, на час їх бактеріологічного обстеження.</p> <p>10. Працездатним особам, які контактували з хворими на венеричні захворювання, на термін їх обстеження та профілактичного</p>
--	--	--	--	--

<p>8. На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями.</p> <p>9. На період перебування застрахованої особи в самоізоляції, обсервації у зв'язку з COVID-19.</p> <p>10. У зв'язку з вагітністю та пологами.</p> <p>11. На період санаторно-курортного лікування.</p> <p>12. Інші випадки, обумовлені наказом МОЗ від 13.11.2001р. №455.</p>				лікування.
---	--	--	--	------------

**Перелік лікарів, що мають або не мають право видавати листки непрацездатності
(згідно з наказом МОЗ України від 13.11.2001р. №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів,
що засвідчують тимчасову непрацездатність»)**

Мають право видавати листки непрацездатності	Не мають права видавати листки непрацездатності
<ol style="list-style-type: none"> 1. Лікуючі лікарі державних і комунальних ЗОЗ. 2. Лікуючі лікарі стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України. 3. Лікуючі лікарі туберкульозних санаторно-курортних закладів. 4. Фельдшера у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах. Список фельдшерів затверджується щорічно органами охорони здоров'я. 5. Лікуючі лікарі ЗОЗ, що провадять діяльність з медичної практики як фізичні-особи-підприємці. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лікарі: <ul style="list-style-type: none"> - станцій (відділень) швидкої медичної допомоги; - станцій переливання крові; - закладів судово-медичної експертизи; - бальнеогрязелікувальних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік; - будинків відпочинку; - туристичних баз; - зубопротезних поліклінік (відділень); - санітарно-профілактичних закладів. 2. Лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

Механізм взаємодії закладів охорони здоров'я при проведенні експертизи тимчасової непрацездатності



**Алгоритм дії лікаря первинної ланки надання медичної допомоги при ЕТН
(згідно наказів МОЗ України від 13.11.2001р. №455 та від 04.07.2008р. №189)**

