

С.Ф. Гуляева, А.С. Ценеков, Е.В. Шихова, П.В. Гуляев*
**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ –
ЭФФЕКТИВНЫЙ ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ПОТЕРЬ ПО ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАМКАХ РОССИЙСКОГО
НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»**

S.F. Gulyaeva¹, A.S. Tsenekov¹, Ye.V. Shikhova¹, P.V. Gulyaev²
**CLINICAL EXAMINATION OF FREQUENTLY AND OFTEN ILL PATIENTS
AS AN EFFECTIVE WAY TO DECREASE LOSSES ON TEMPORARY DISABILITY
WITHIN THE LIMITS OF THE RUSSIAN NATIONAL PROJECT "HEALTH"**

*ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития
ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Предложенные рекомендации четко разъясняют понятие о часто и длительно болеющих, критерии взятия их на учет, этапы динамического наблюдения, оценку эффективности мероприятий и определяют порядок оформления медицинской документации.

Ключевые слова: диспансеризация, часто и длительно болеющие, временная нетрудоспособность.

The suggested recommendations precisely explain the concept of frequently and long ill patients, criteria of their registration, stages of dynamic supervision, efficiency estimation of the performed actions. They also define the order of medical document registration.

Key words: clinical examination, frequently and long ill patients, temporary disability.

Часто и длительно болеющие (ЧДБ) лица – это пациенты, имеющие в год четыре и более случаев и 40 и более календарных дней временной нетрудоспособности (ВН) по одному заболеванию или шесть и более случаев и 60 и более календарных дней ВН с учетом всех заболеваний. При этом в первом случае учитываются все заболевания, этиологически связанные между собой. Во втором случае к группе ЧДБ относят больных, имеющих заболевания разнородные, этиологически не связанные между собой.

Диспансеризация ЧДБ, наименее освещаемый в медицинской литературе раздел работы врача первичного звена, и в то же время наиболее эффективный путь повышения качества медицинской помощи и снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) данной категории лиц.

Группа ЧДБ среди детей и взрослых обуславливает значительные потери по временной нетрудоспособности и вносит весомый вклад в уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Анализ ЗВУТ имеет большое практическое значение для разработки мероприятий по ее снижению и рациональному расходованию средств по социальному страхованию. Изучение структуры и уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности проводится по данным формы 16-ВН. Удельный вес потерь по временной нетрудоспособности (ВН) у больных из группы ЧДБ среди прочих причин относительно невелик. По муниципальным учреждениям здравоохранения города Кирова за период с 2005 по 2009 годы он колебался с 18% до 5,4% в

случаях и с 1,6% до 4,1% в календарных днях. Динамическое наблюдение, проведение диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий больным ЧДБ позволили снизить показатели ЗВУТ по данной группе в 2009 году по сравнению с 2008 годом на 47,6% в случаях и на 48,7% в календарных днях.

Социальная значимость диспансеризации пациентов, часто и длительно болеющих, заключается не только в снижении уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности, но и повышении качества медицинской помощи. Нередко у части больных при диспансерном наблюдении выявляются другие, более серьезные заболевания (онкологические, туберкулез, болезни печени и др.), имеющие скрытое течение и проявляющиеся под маской простудных и иных заболеваний. В связи с этим существует настоятельная необходимость радикального изменения отношения практикующего врача к данной проблеме и выработки единых подходов по выявлению, тактике ведения и оценке эффективности диспансеризации лиц ЧДБ.

Часто и длительно болеющие – это неединственная группа пациентов, определяющая уровень ЗВУТ, хотя ее роль в этом существенна. В связи с чем, в перечень функциональных обязанностей врача терапевта участкового, педиатра участкового и лечащих врачей любой специальности отдельным пунктом включается «осуществление диспансеризации часто и длительно болеющих пациентов». Диспансеризация ЧДБ – это эффективный рычаг воздействия на уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности и одно из практически реализуемых мероприятий по ее снижению.

Критериями для взятия на диспансерный учет в группу ЧДБ являются частота случаев и общая продолжительность временной нетрудоспособности в течение 12 календарных месяцев, предшествовавших дню взятия на «Д» учет. При этом роль этих критериев неоднозначна. Основным и определяющим критерием взятия на учет является частота случаев временной нетрудоспособности. Общая продолжительность временной нетрудоспособности хотя и является немаловажным критерием, так как характеризует потери по временной нетрудоспособности, но имеет второстепенное значение. Взятие на диспансерный учет только по продолжительности ВН не допускается.

Весь процесс диспансерного наблюдения больных из группы ЧДБ можно разделить на 3 этапа.

Первый этап включает выявление пациентов, часто находящихся на лечении по листку нетрудоспособности (ЛН), при условии превышения вышеупомянутых критериев. При этом учитываются все листки нетрудоспособности, выданные в медицинских учреждениях как по месту жительства, так и по месту работы, а также в других местах. Вторым условием является согласие больного на диспансерное наблюдение как ЧДБ и достижение выздоровления или ремиссии заболевания перед взятием его на диспансерный учет. Третье условие – оформление в медицинской карте амбулаторного больного вводного эпикриза взятия на диспансерный учет. Составляющие разделы вводного эпикриза – это анамнез заболевания (или заболеваний), частота случаев и общая продолжительность временной нетрудоспособности в течение 12 календарных месяцев, предшествовавших дню взятия на учет,

клинико-функциональный диагноз заболевания (или заболеваний), план лечебно-оздоровительных мероприятий. Наиболее важной частью вводного эпикриза является план проведения диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий, амбулаторного, стационарного и санаторно-курортного лечения, рационального трудоустройства при наличии противопоказанных видов труда или направления на медико-социальную экспертизу при невозможности трудоустройства и стойкой утрате трудоспособности.

Существенный пункт планируемых мероприятий – это экспертиза временной нетрудоспособности в части порядка выдачи листков нетрудоспособности и определения сроков ВН. По согласованию с заведующим терапевтическим отделением поликлиники (заведующим поликлиникой или заместителем главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности) принимается решение о выдаче листка нетрудоспособности только одним лечащим врачом, либо лечащим врачом совместно с заведующим терапевтическим отделением поликлиники или через врачебную комиссию. На медицинской карте амбулаторного больного делается соответствующая отметка и об этом ставится в известность медицинская сестра централизованного пункта выдачи листков нетрудоспособности. Выдача листка нетрудоспособности только одним лечащим врачом в случае, когда листки нетрудоспособности часто выдаются разными врачами одной специальности. Совместно с заведующим терапевтического отделения поликлиники лечащий врач выдает ЛН, если имеют место случаи частого освобождения от работы по заключению одного и того же врача. При этом решение о выдаче листка нетрудоспособности принимает единолично лечащий врач. Роль заведующего терапевтическим отделением поликлиники в данном случае заключается в консультативной помощи и контрольной функции за правильностью оценки критериев временной нетрудоспособности у пациента. Через врачебную комиссию, если листки нетрудоспособности выдаются врачами различных специальностей по разным заболеваниям. Основная задача изменения порядка выдачи листков нетрудоспособности заключается не столько в том, чтобы исключить необоснованную выдачу ЛН, сколько в наиболее полном проведении диагностических исследований, адекватного лечения, полноценной и эффективной медицинской реабилитации. Объем исследований и лечения зависит от нозологической формы заболевания и определяется соответствующими стандартами (протоколами) ведения больных.

Второй этап диспансеризации – динамическое наблюдение за больными, проведение диагностических обследований с целью обеспечения точной диагностики, проведения лечения на стационарном, амбулаторном, санаторном этапах до выздоровления либо стабилизации хронического заболевания и нарушенных функций на наиболее оптимально возможном уровне, ведущих к снижению ЗВУТ как в случаях, так и в календарных днях. Диспансеризация осуществляется независимо от варианта медицинского страхования (обязательного или добровольного), но с согласия пациента, после проведения курсовой терапии, обеспечивающей ремиссию заболевания, т.е. перед взятием на диспансерный учет заболевание должно быть в стадии ремиссии.

Эффективность диспансеризации в значительной степени зависит от активной позиции пациента, его участия в лечебно-профилактических мероприятиях, организуемых и проводимых лечащим врачом. Объем клинико-функциональных и лабораторно-инструментальных исследований, консультации специалистов, кратность осмотров зависят от нозологической формы заболевания, частоты обострений. Например: взятие на диспансерный учет ЧДБ больных с частыми простудными заболеваниями требует проведения дифференциального диагноза с заболеваниями, зачастую протекающих под маской ОРВИ или гриппа (туберкулез, хронические неспецифические заболевания легких, болезни печени и др.). Кратность осмотров таких больных зависит от частоты обострений, но не менее 2 раз в году даже при благоприятном течении.

Третий этап включает оценку качества и эффективности диспансерного наблюдения ЧДБ, снятие с учета по выздоровлению или стабилизации патологического процесса и составление отчета по его итогам за отчетный год в соответствии с принятой формой. На данном этапе лечащий врач в конце отчетного года (в декабре) в медицинской карте амбулаторного больного оформляет этапный эпикриз, где отражает выполнение плана лечебно-оздоровительных мероприятий, их эффективность (улучшение, ухудшение, без изменений), снижение потерь по временной нетрудоспособности как в случаях, так и в календарных днях и решение о продолжении диспансерного наблюдения либо снятии с учета в зависимости от его результатов. В случае продолжения диспансерного наблюдения по каждому больному вновь разрабатывается план лечебно-оздоровительных мероприятий на следующий год.

Отчет по диспансеризации больных часто и длительно болеющих составляется на основании анализа медицинских карт амбулаторного больного из группы ЧДБ с оформленными этапными эпикризами по принятой на региональном уровне форме (в декабре месяце каждого отчетного года). Данная форма включает информацию о количестве диспансерных больных ЧДБ, состоящих на диспансерный учете на начало и на конец отчетного года, количество вновь взятых и число снятых с диспансерного учета в отчетном году. Отражается информация о числе нуждающихся в амбулаторном, стационарном, санаторно-курортном лечении и в рациональном трудоустройстве, количество получивших указанные виды лечения с расчетом процента от числа нуждавшихся. Наиболее важной составной частью отчета по диспансеризации лиц из группы ЧДБ является уровень ЗВУТ как в случаях, так и в календарных днях за отчетный и предшествующий отчетному году с последующим расчетом процента роста или снижения по упомянутым показателям.

Оценка эффективности диспансеризации ЧДБ проводится в основном по 3 группам показателей. Первая группа – это число больных, снятых с диспансерного учета по выздоровлению либо при улучшении и стабилизации патологического процесса на оптимально возможном для данного заболевания уровне. Вторая группа – это показатели выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий. Третья группа – это показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности, отражающие процент снижения потерь по временной нетрудоспособности как в случаях, так и в календарных днях за отчетный и предшествующий отчетному году. При этом необходимо помнить,

что все показатели рассчитываются только по той части больных из группы ЧДБ, которые состояли на диспансерном учете на начало отчетного года. По остальным часто и длительно болеющим лицам, взятым на учет в течение отчетного года, показатели не считаются. Они будут учтены в следующем отчетном году.

Сроки диспансерного наблюдения пациентов из группы ЧДБ зависят от качества и эффективности проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий. Наименьшая продолжительность диспансерного учета – один календарный год. Снятие с диспансерного учета больных проводится по результатам диспансеризации в конце отчетного года.

Особое внимание лечащим врачам (врачам терапевтам участковым, врачам педиатрам участковым, врачам общей практики и др.) следует обратить на подсчет потерь по временной нетрудоспособности. Определенные затруднения составляют расчет показателей ЗВУТ за отчетный и предшествующий отчетному году у взрослых пациентов и у детей. Сложности заключаются в том, что в каждом отчетном году мы сравниваем показатели потерь по ВН как в случаях, так и в календарных днях совершенно по разным группам часто и длительно болеющих. Поэтому показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности по группе ЧДБ из отчета за предыдущий отчетному год не переносятся автоматически в сравнительную таблицу отчетного года. В педиатрической практике подсчет потерь по ВН имеет свои особенности. Они связаны с тем, что при заболевании ребенка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы, выходные или нерабочие праздничные дни и другое), листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается со дня, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) должна приступить к работе. Поэтому для оценки эффективности диспансеризации у детей необходимо учитывать все случаи острых, обострения хронических заболеваний с подсчетом общей продолжительности амбулаторного и стационарного лечения, как по ЛН, так и без него.

Таким образом, для реализации цели диспансеризации ЧДБ в обязанности лечащего врача входят выявление больных с вышеупомянутыми критериями, проведение точной диагностики, взятие на учет, динамическое наблюдение с проведением лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий до выздоровления или стабилизации патологического процесса на возможно оптимальном для этого заболевания уровне, снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности как в случаях, так и в календарных днях, пропаганда здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Герасименко М.Ф., Полное собрание Федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 528с.

2. Медэкспертиза: экспертиза нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная. М.: АПП «Джангар», 2001. 848с.
3. Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. Поликлиническая терапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 656-667.
4. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 5 от 13.01.1995 «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 514 от 01.08.2007. «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 77н от 19.02.2008. «О Методических рекомендациях по оформлению трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь».

Сведения об авторах:

Гуляева Светлана Федоровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития, e-mail: prof_gulyaeva@mail.ru.

Ценеков Аркадий Семенович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития.

Шихова Екатерина Викторовна – аспирант кафедры поликлинической терапии ГОУ ВПО Кировская ГМА Минздравсоцразвития, e-mail: Ek_shikhova@mail.ru.

Гуляев Павел Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, e-mail: gupa@mail.ru.