# Основные права пациента и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) каждый имеет право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами недопустимо. Предложение оплатить гарантированную государством в качестве бесплатной медицинскую помощь, предоставляемую на условиях, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, является нарушением Ваших прав.

Обращаясь в медицинскую организацию, каждый становится пациентом. В этой связи действующее законодательство предоставляет Вам права и налагает ряд обязанностей. Права пациента универсальны, они действуют в любой ситуации оказания медицинской помощи.

Право на выбор врача и выбор медицинской организации

Для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Вы вправе выбирать поликлинику или больницу, а также врача с учетом его согласия. При выборе врача и медицинской организации Вы имеете право в доступной для Вас форме получить информацию о медицинской организации и о ее деятельности, также о врачах, об уровне их образования и квалификации.

Пациент вправе требовать замены лечащего врача. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель отделения или медицинской организации должен содействовать выбору пациентом другого врача.

Право на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья

Федеральный закон и принятые в его исполнение подзаконные акты предлагают пациенту занимать более активную позицию при решении вопросов охраны собственного здоровья, детально регламентируя требования к информированию пациентов о правах и обязанностях, о состоянии здоровья, о факторах влияющих на здоровье, предоставлению иной информации, необходимой пациенту, чтобы стать полноправным участником процесса оказания медицинской помощи. Один из инструментов реализации этого права – информированное добровольное согласие, которое является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства.

Информированное добровольное согласие – это осознанное личное согласие пациента или его представителя на медицинское вмешательство, данное на основе полной и всесторонней информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Эта информация должна быть сообщена Вам лечащим врачом или иным медицинским работником в доступной для понимания форме, то есть процесс информирования должен производиться таким образом, чтобы у несведущего человека появилась определенная компетентность относительно состояния его здоровья, и тех манипуляций, которые планируют по отношению к нему выполнить медицинские работники, показаниях и противопоказаниях к лечению. Это особенно важно, если предстоит оперативное вмешательство. При выборе поликлиники для оказания первичной медико-санитарной помощи на срок такого выбора Вы также даете согласие на определенные виды медицинского вмешательства, перечень которых установлен Минздравсоцразвития России. Полученное согласие подписывается пациентом или его представителем и включается в медицинскую документацию.

Информация о состоянии здоровья не может быть Вам предоставлена против Вашей воли.

В процессе оказания медицинской помощи и в последующем Вы вправе непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние Вашего здоровья, получать документы, их копии и выписки из медицинских документов, в том числе для консультации у других специалистов.

Право на получение консультаций врачей-специалистов

Российские пациенты пользуются этим правом редко. Не только врач, но и пациент вправе решать, что ему требуется консилиум или консультация специалиста. Но это право имеет и определенные ограничения. Например, если нет возможности созвать консилиум или отсутствует соответствующий врач-специалист, Вам будет отказано в этом праве. Одним из вариантов реализации этого права является использование «второго мнения». В этом случае пациенту или его представителю необходимо запросить соответствующие медицинское документы (или их копии) и обратиться за консультацией к другому врачу.

Застрахованные по обязательному медицинскому страхованию лица вправе обратиться в свою страховую медицинскую организацию, которая организует очную экспертизу качества лечения, экспертную оценку полученных пациентом рекомендаций.

Право на отказ от медицинского вмешательства

Вы вправе отказаться от медицинского вмешательства, причем такой отказ может быть как полным, так и частичным: Вы правомочны отказаться от лечения или не согласиться с каким-то конкретным предложением врача, но продолжить у него лечиться, отказаться от предложенных манипуляций или методов лечения. При отказе от медицинского вмешательства Вам в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ от медицинского вмешательства должен быть зафиксирован в медицинской документации.

В ряде жестко определенных Федеральным законом случаев медицинское вмешательство может производиться без согласия пациента, например, когда это необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, если состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, или по решению суда в случаях и в порядке, которые установлены законом.

Право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами

Заболевания сопровождаются болезненными проявлениями, которые мешают человеку жить полноценной жизнью. Острые и хронические боли доставляют пациенту массу неприятностей. Поэтому, несмотря на то, что медицина считает своей первичной целью лечение заболевания, сохранение и продление жизни, законодательство установило данное право пациента. Этому праву следует обязанность медицинского персонала доступными способами и средствами облегчать боль. Недопустимо применение болезненных методов диагностики или лечения без должного обезболивания.

Право на получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях

Здоровый человек ест то, что ему нравится. Заболев, люди активно принимают лекарственные средства и забывают о таком надежном и постоянно действующем лечебном средстве, как диетическое питание. Правильно подобранная диета больного имеет большое значение не только для восстановления происходящих во время болезни потерь в организме и для поддержания сил, но и как действенное лечебное средство. Современной наукой установлено, что при любом заболевании пищевой рацион оказывает определенное воздействие, а в ряде случаев имеет решающее влияние на течение и исход болезни. Режим питания и приемы обработки пищевых продуктов во многом зависят от характера заболевания, его стадии, особенностей нарушения обмена веществ. Рекомендованная лечащим врачом диета является существенной частью общего лечения при всех без исключения заболеваниях. Без соблюдения диеты даже самое активное лечение не может быть эффективным. Поэтому оказание медицинской помощи в условиях стационара включает организацию лечебного питания пациентов.

Право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям

В соответствии с Федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и «О радиационной безопасности населения» указанное право реализуется посредством создания в медицинских организациях условий, безопасных с позиции санитарных правил и норм, то есть тех, при которых внешние факторы не будут создавать угрозу жизни и здоровью человека. Пациентам необходимо знать, что существует достаточно обширный перечень санитарных нормам и правил, призванных обезопасить его от различного рода негативных последствий нарушения санитарно-гигиенических требований, таких как внутрибольничные инфекции, послеоперационные осложнения, вызванные нарушениями гигиены со стороны медицинского персонала, осложнения после различного рода манипуляций, выполненных с нарушением требований. Выполнение санитарных норм и правил при оказании медицинской помощи контролирует Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну

Сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья больного и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании пациента и его лечении, составляют врачебную тайну. Медицинские организации обязаны создать систему организационных и технических мероприятий, направленных на обеспечение конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну. Медицинские работники не вправе без Вашего согласия разглашать сведения о пациенте, которые стали им известными в связи с выполнением профессиональных обязанностей, кроме установленных законом случаев.

Право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинском помощи

Если вследствие недобросоветного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей был причинен вред здоровью пациента или наступила смерть, виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в полном объеме и в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации, в том числе компенсировать моральный вред. Согласно Федеральному закону и иным нормативным правовым актам отрасль здравоохранения в целом, лицензирование медицинской деятельности и система правоотношений по охране здоровья граждан построены таким образом, что в случае врачебной ошибки персонала ответственность несет медицинская организация, оказавшая некачественную медицинскую услугу. Это в определенной степени повышает шансы потерпевшего на реальное возмещение вреда.

Право на допуск адвоката или законного представителя для защиты прав

Пациент, ослабленный человек в тяжелой жизненной ситуации, должен иметь дополнительные гарантии того, что его законные интересы будут защищены. Одной из таких гарантий является предоставленное Федеральным законом право на допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя, которые имеют право свободного доступа к пациенту в период стационарного лечения. Одному из родителей или иному члену семьи предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему стационарной помощи в течение всего периода лечения, а при совместном нахождении с ребенком в возрасте до четырех лет (при наличии медицинских показаний – с ребенком старше данного возраста) представляются спальное место и питание. Указанное право может быть ограничено лечащим врачом, например, при карантине в отделении или пребывании пациента в отделении реанимации. В таком случае представителю пациента для получения интересующей его информации необходимо обратиться к лечащему врачу, который обязан в определенные часы принимать посетителей, и во взаимодействии с ним решать вопросы обеспечения прав доверителя или ребенка. Если действия в интересах пациента обоснованы и правомерны, все должностные лица медицинской организации обязаны отреагировать на Ваше обращение и принять меры по защите прав и интересов представляемого Вами пациента.

Право на допуск священнослужителя и на предоставление условий для отправления религиозных обрядов

В процессе лечения и ухода пациенту особенно важна поддержка семьи, родственников и друзей, а также духовная поддержка. Исходя из принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи, Федеральный закон устанавливает единственное ограничение к отправлению в условиях стационара религиозных обрядов – когда такие действия нарушают внутренний распорядок, то есть препятствуют нормальному функционированию учреждения.

Федеральным законом установлено требование соблюдения медицинскими работниками этических и моральных норм. Уважительное отношение к пациенту – часть профессиональных обязанностей врача. Бестактное и пренебрежительное отношение к больному может послужить поводом к истребованию компенсации морального вреда.

В случае нарушения прав сам пациент или его представитель вправе обратиться жалобой к непосредственному руководителю виновного медицинского работника или иному должностному лицу медицинской организации, в которой ему оказывается медицинская помощь, в органы управления здравоохранением.

На территории Оренбургской области в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, работают страховые представители, которые окажут Вам необходимую консультационную помощь и содействие в реализации Ваших прав при предоставлении медицинской помощи. Застрахованные по ОМС лица могут обращаться в свою страховую компанию – защищать Ваши законные интересы это ее обязанность.

Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Прежде всего, Вы обязаны заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни, больше двигаться и не переедать, исключить вредные привычки, заниматься профилактикой заболеваний. К сожалению, профилактическое медицинское обследование мало практикуется. Более того, несвоевременное обращение за медицинской помощью, самостоятельное лечение, в том числе у «народных целителей», является причиной развития запущенных форм заболевания. В случае пренебрежительного отношения пациента к собственному здоровью даже самые совершенные медицинские технологии и усилия врачей не будут иметь результата.

Реализация пациентом своих прав не должна препятствовать медицинскому персоналу в выполнении профессиональных обязанностей, создавать неудобства для других пациентов и, тем более, нарушать их права. В этой связи можно выделить следующие обязанности пациента:

представить врачу полную и достоверную информацию о своем здоровье (от этого во многом зависит качество Вашего лечения);

соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации, общепризнанные правила и нормы поведения в общественных местах;

выполнять все назначения и рекомендации лечащего врача.

При несоблюдении пациентом предписаний врача или правил внутреннего распорядка медицинской организации согласно Федеральному закону лечащий врач по согласованию с вышестоящим руководителем медицинской организации может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, если отказ непосредственного не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

1. **Социальное партнерство.**

Развитие системы социального партнерства создает возможность достижения относительного баланса интересов на основе сотрудничества и компромисса.  
  
В России система социального партнерства еще только делает первые шаги.  
  
Для решения задач, стоящих перед системой здравоохранения, направленных на улучшение качества медицинской помощи, необходимо, прежде всего, решать вопрос подготовки медицинских кадров, в том числе и сестринского персонала.   
  
Социальное партнерство в медицине  – это отношения между образовательными учреждениями и учреждениями здравоохранения, основанные на взаимной заинтересованности и конечном результате. При этом социальное партнерство позволяет учреждениям здравоохранения стать активными и полноправными участниками образовательного процесса, оказывая влияние на «святая святых» образования – его содержание, а образовательным учреждениям – оказывать влияние на качество медицинской помощи населению. Основой взаимодействия между партнерами является сотрудничество, цель которого – удовлетворение текущих и перспективных потребностей регионального здравоохранения.   
  
*Механизм создания социального партнерства* – это движение навстречу друг другу, в котором научную и организационную основу системы составляют согласование целей, координация педагогических действий руководителей и организаторов практического обучения, связь теории с практикой. При этом одновременно удовлетворяются потребности:

* конкретного учреждения здравоохранения;
* студента как личности – в его интеллектуальном развитии и профессиональном самоопределении;
* колледжа, который получает хорошо адаптированную к потребностям практической подготовки студентов базу.

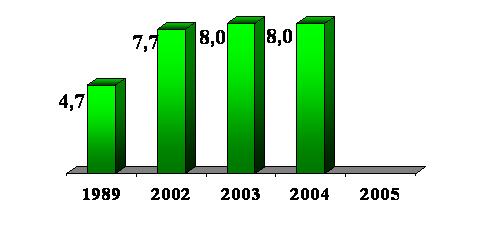
На сегодняшний день учреждения здравоохранения с  успехом осваивают инновационные формы организации труда, основанные на внедрении современных инновационных сестринских технологий, стандартизации сестринской деятельности, организации сестринского ухода по технологиям «Сестринский процесс» и «Школы здоровья».  Все это и послужило основанием поиска новых форм социального партнерства между медицинским образовательным учреждением и ЛПУ.    
  
*Определены задачи:*

1. Планирование и осуществление совместной взаимовыгодной деятельности, направленной на повышение качества помощи пациентам.
2. Оказание методической и консультативной помощи сестринскому персоналу по освоению инновационных сестринских технологий и проведению научных исследований в области сестринского дела.

В условиях рыночной экономики только в тесном контакте с органами управления здравоохранения и ЛПУ средние медицинские учебные заведения выполняют свое главное предназначение – профессиональную подготовку по медицинским специальностям, отвечающую требованиям современного рынка труда.   
  
2. Привлечение к сотрудничеству в части укрепления здоровья и усиления профилактики заболеваний:

1. Государственные организации;
2. Негосударственные организации;
3. Физические лица.

1. Перспектива развития страны, ее экономический рост и повышение благосостояния народа зависят от уровня физического и духовного здоровья людей, их профессиональной активности и долголетия.

Работающее население создает и поддерживает материальную основу общества.  
  
В настоящее время страна переживает затяжной демографический кризис, обусловленный низкой рождаемостью и  высокой смертностью населения.  
  
В России *уровень преждевременной смертности* в 2-4 раза выше по сравнению с развитыми странами.  
  
Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения в России – 66 лет, что на 12 лет меньше, чем в США, на 8 лет меньше, чем в Польше, и на 5 лет меньше, чем в Китае.  
  
Смертность трудоспособного  населения превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза и в 2,5 раза – среди всего населения России; ежегодно количество смертей почти на миллион опережает рождаемость.  
  
*Динамика показателей смертности по Российской Федерации (на 1000 населения)*  
  
   
  
В настоящее время:

* до 70% трудового населения РФ  за 10 лет до пенсионного возраста   имеют серьезную патологию;
* отмечается существенный  рост заболеваний сердечнососудистой системы, желудочно-кишечной, нейроэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата; ухудшается репродуктивное здоровье.

В среднем из-за болезней теряется  до 10 рабочих дней на одного работника в год, что соответствует потерям около 1,4% ВВП  
  
Профессиональные риски ухудшают показатели смертности от хронических заболеваний на:

* 15% от астмы;
* 13% от хронических обструктивных легочных заболеваний;
* 13% от сердечнососудистых заболеваний;
* 10% от рака;
* 8% от травм.

Социально – экономическое возмещение ущерба их здоровью требует больших экономических затрат, растет сумма экономических затрат на компенсационные выплаты и т.д.  
  
Сохранение и укрепление здоровья трудящихся - одна из важнейших функций государства, составляющих основу *государственной социальной политики по охране и восстановлению здоровья работающего населения*  - система мер, направленных на создание благоприятных условий жизнедеятельности, минимизацию воздействия вредных и неблагоприятных факторов, сохранение и укрепление физического и психического здоровья работников, профилактику заболеваний, увеличение продолжительности активной жизни  и трудоспособности, достижение оптимального качества жизни,  эффективности производственной деятельности.  
  
*Реализация государственной* программы предполагает осуществление  комплекса мер:

|  |  |
| --- | --- |
| * политических; * экономических; * технологических; * правовых; * организационных; | * социальных; * научных; * медицинских; * санитарно-гигиенических; * противоэпидемических. |

*Основные задачи:*

* совершенствование профилактической направленности;
* совершенствование лечебно-диагностического процесса и реабилитации;
* совершенствование правового и организационно-управленческого аспекта;
* совершенствование информационного обеспечения и подготовки кадров;
* совершенствование научно-методического обеспечения всех субъектов, участвующих в процессе охраны здоровья работающих.

*Реализация государственной политики* в области охраны и восстановления здоровья работающего населения предусматривает следующие основные направления:

* совершенствование законодательства;
* разработку и реализацию программ здравоохранения и пропаганду здорового образа жизни;
* реализацию национального проекта «Здоровье»

*Закон* – механизм реализации обязательств государства перед населением. Стратегия укрепления здоровья работающих должна привлечь внимание органов социального и медицинского страхования к необходимости субсидирования профилактического направления.  
  
В настоящее время в рамках Программы сотрудничества России – Европейский Союз (ЕС) реализуется проект сближения российского законодательства с законодательством Европейского Союза и другими международными документами Всемирной [Организации Здравоохранения](http://valeologija.ru/lekcii/lekcii-po-omz/372-modeli-organizacii-zdravooxraneniya) (ВОЗ), Международная организация труда (МОТ).   
  
За период с 1967 по 2000 гг. из 22 конвенций МОТ по охране и медицине труда РФ ратифицировано всего 9.  
  
В соответствии с требованиями российского законодательства  основным профилактическим звеном является соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, в т.ч. на производстве, организация и проведение обязательных медицинских осмотров работников, обеспечение населения бесплатной медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий.  
  
Государство выступает гарантом возмещения ущерба здоровью работника.   
  
В настоящее время имеют дополнительные государственные финансовые гарантии система родовспоможения, основных форм неинфекционных заболеваний, санаторного оздоровления детей, работников бюджетной сферы и т.д..  
  
Решение комплексной проблемы сохранения здоровья и сохранения его работающим может быть осуществлено в рамках национальной системы медицины труда.  
  
В Российской Федерации разработана Концепция и проект программы «Здоровье работающих России на 2004-2015гг».  
  
Приоритетный  национальный проект «Здоровье» призван улучшить сложившуюся в российском здравоохранении ситуацию. Согласно этому проекту приоритетным направлением должны стать:

* развитие первичной медико-санитарной помощи;
* повышение уровня оплаты труда;
* подготовка и переподготовка врачей;
* укрепление материально-технической базы ЛПУ;
* укрепление профилактической направленности медицины;
* обеспечение населения высокотехнологичной  медицинской помощью;
* обеспечение доступности и качества оказания  медицинской помощи на первичном этапе   системы национального здравоохранения для предотвращения ранней смертности,  увеличения трудового   и репродуктивного     потенциала РФ.

Идея здоровья нации, его сохранения способна генерировать цели и мобилизовать ресурсы для эффективного функционирования российской национальной экономической системы.

1. Следует признать, что в этих условиях изменить ситуацию может только реальное повышение роли общественного здравоохранения, ее целенаправленное развитие и совершенствование.

Сохранение и укрепление здоровья человека, увеличение средней продолжительности жизни, предупреждение преждевременной смертности являются актуальными проблемами не только здравоохранения, но и общества в целом.  
  
*Укрепление здоровья* - процесс, предоставляющий населению возможность осуществлять контроль за состоянием своего здоровья и факторами, влияющими на него.  
  
Глобальной конференцией по укреплению здоровья (Бангкок, 2005г) подтверждается необходимость сосредоточения внимания на мероприятиях по укреплению здоровья, для решения вопросов, связанных с *детерминантами* здоровья.  
  
Поэтому стратегии, направленные на воздействие на более широкие детерминанты здоровья (экономический рост, неравенство доходов и бедность, образование, условия труда и производственная среда, безработица и доступность медицинской помощи), являются в настоящее время приоритетами во многих странах мира.  
  
Для осуществления этого широкого диапазона мер на уровне населения необходимы усилия всего общества с участием не только отрасли здравоохранения, но и других отраслей и секторов.   
С тем чтобы повысить осознание их вклада в создание тех или иных условий и ответственности, которую они несут за то, чтобы улучшить эти условия.  
  
Реформы в секторе здравоохранения послужили толчком для внедрения новой политики укрепления здоровья, с применением новых подходов и методов работы на уровне сообществ, семьи, различных социальных групп и объединений (направленность на снижение факторов риска).  
  
Здоровье населения формируется в определенной социальной среде- повседневной жизни и зависит не только от государственного аппарата и медицинской службы, а так же от наличия, степени развития и деятельности НПО, частного сектора, религии, СМИ, органов местной власти, местного сообщества. Мировой опыт доказывает, что укрепление здоровья и предотвращение болезни в повседневной жизни на местном уровне намного эффективнее, чем борьба на индивидуальном уровне.  
  
Мультипартнерство обеспечивает социальную активность и повышает способность людей и сообществ самим решать свои проблемы.   
  
Органы местной администрации и местного самоуправления являются ключевыми партнерами при реализации программы.   
  
Многие сообщества в качестве приоритетных направлений выбирают программы по профилактике бруцеллеза, анемии, гипертонии, которые реализуются при активном участии других секторов (ветеринария, образование, органы местного самоуправления и т.д.) 

## Дефениции ([лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) definitio — предел, граница) — [логическая](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BA%D0%B0) процедура придания строго фиксированного смысла терминам языка. Термин, над которым проводится операция дефиниции, называется дефидентом.

Активизация деятельности по укреплению здоровья - спланированный процесс в котором государство, общество, индивидуум действуют вместе в формировании потребностей у населения в укреплении и охране своего здоровья.  
Детерминанты здоровья - комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельных людей или групп населения: 

* с действиями конкретного лица: образ жизни, поведение
* социальные факторы: размер дохода, социальный статус, уровень образования, состояние производственной среды, условия работы на найму, доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, качество окружающей человека среды.

Доказательная медицина - сознательное, недвусмысленное и целесообразное использование существующих наилучших доказательств при принятии решений об уходе за каждым конкретным пациентом.  
  
Качество жизни - степень восприятия отдельными людьми или группами того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются.  
  
Общественное здравоохранение - наука, искусство профилактики болезней, основанные на том, что индивидуум, семья, общество становятся сознательными действующими лицами в вопросах, связанных со здоровьем.  
  
Фактор риска – социально – экономическое положение, биологический статус, стереотипы поведения, условия окружающей среды, ассоциируемые или являющиеся причиной повышенной восприимчивости к конкретному заболеванию, ухудшению здоровья или травме.

## **Понятие временной нетрудоспособности по ТК РФ**

Временная нетрудоспособность – это отсутствие у сотрудника достаточных возможностей для исполнения своих должностных обязанностей вследствие наступления определенных причин.

**На определение нетрудоспособности влияют ее виды:**

1. Исходя из способности индивида восстановить утраченное здоровье. Делится на временную и постоянную невозможность работать.
2. Основываясь на степени трудоспособности субъекта. Делится на полную и частичную.
3. Принимая во внимание направленность деятельности. Делится на общую и профессиональную нетрудоспособность.

Трудоспособность обладает некоторыми критериями, основываясь на которых определяется нетрудоспособность. Подразумевается, что если субъект не отвечает требованиям критериев, он утрачивает достаточный для производственного процесса уровень трудовой активности. **В частности, к таким критериям трудоспособности относят:**

* регулярность исполняемых обязанностей;
* работа в соответствии с трудовым ритмом (графиком, распорядком);
* наличие психического и/или физического напряжения в ходе исполнения трудовых обязанностей на конкретной должности;
* нагрузки, которые регулярно воздействуют на определенные системы человеческого организма, и которые могут иметь на них как положительное, так и отрицательное влияние;
* благоприятные условия труда или нет;
* особенности производства (например, наличие у конкретной должности обязанностей, связанных с [вредными условиями работы](https://delatdelo.com/organizaciya-biznesa/vrednye-i-opasnye-usloviya-truda-chto-eto-takoe-poryadok-priyoma-rabotnikov-lgoty.html)).

Важно понимать, что сотрудник, испытывающий недомогание, но продолжающий исполнять свои трудовые обязанности, не является временно нетрудоспособным. В подобных обстоятельствах ему просто нездоровится, так как способность к труду не пропадает. В случае, когда субъект физически не может исполнять задания в соответствии со своей должностью, наступает нетрудоспособность. При этом подобное положение связано со многими оценочными факторами, которые конкретизируют признаки и причины потери трудоспособности.

Также важно выделить такие трудовые обстоятельства, влияющие на неспособность человека к труду. **В частности:**

1. Частичная неспособность к труду может наступать на некоторый период, который подразумевает облегченный труд или сокращенный рабочий день по согласованию с работодателем, при этом без потери должности и статуса.
2. Полная потеря возможности трудиться временного характера подразумевает, что субъект даже частично не может исполнять свои обязанности. Необходима госпитализация или любые виды санаторно-профилактического лечения.
3. Наличие определенных жизненных обстоятельств, при которых человек не в состоянии исполнять трудовые обязанности. Зачастую подобными причинами являются сложная жизненная ситуация, уход за больными родственниками, смерть близкого человека, требующая восстановления психических сил, а также прочие характеристики, классифицирующиеся законодательством как уважительные

## Причины и признаки временной нетрудоспособности

Все параметры, используемые врачами для определения нетрудоспособности, зафиксированы в ФЗ № 323 от 21.11.2011г. Так, исходя из ст. 58 ФЗ № 323, медицинская комиссия обязана установить причинно-следственную связь между ухудшением состояния здоровья сотрудника и его нормальным состоянием. Для этого необходимо выявить конкретные причины.

**В частности, временная нетрудоспособность может наступить вследствие таких событий:**

1. **[](https://delatdelo.com/wp-content/uploads/2018/05/4.2-1.jpg)Болезнь.** Является наиболее распространенной причиной временной нетрудоспособности, исходя из которой, сотрудник не может в полной мере исполнять свои рабочие обязанности. Так, субъекту необходим определенный период на лечение и последующее восстановление.
2. **Чрезвычайная ситуация.** Подобные обстоятельства могут наступить как в ходе производственного процесса, так и в бытовых условиях. При любых причинах, несчастный случай приводит субъекта к нетрудоспособности временного характера.
3. **Ожидание ребенка и роды или прерывание беременности.** Несмотря на то, что подобная причина оформляется как декрет, отпуск в связи с материнством классифицируется как временная нетрудоспособность. Длительность подобного перерыва в работе соразмерна количеству родившихся детей, тяжести протекающей беременности и осложнениям в ходе родов, а также процессу послеродового периода. Для правомерного оформления подобной причины нетрудоспособности женщине необходимо предоставить на предприятие медицинскую выписку о беременности, а затем оформить декрет. В случае, когда беременность прерывается, врач выдает сотруднице соответствующую выписку, удостоверяющую оговоренный факт. Период нетрудоспособности индивидуален. **При этом больничный по беременности и родам не оформляется только в случае преждевременных родов, которые не являются прерыванием.**
4. **Карантин.** Вследствие этой причины работник не может исполнять свои обязанности, так как на предприятии распространилось заразная болезнь, передающаяся воздушно-капельным путем.
5. **Отстранение.** Сотрудника могут отстранить от исполнения должностных обязанностей ввиду отсутствия у него необходимых прав или квалификации, вследствие появления на рабочем месте в состоянии опьянения химическими веществами, а так же если он неудачно прошел аттестацию. Условия ликвидации данной причины временной нетрудоспособности различны: субъект может быть уволен, переведен на другую должность или направлен на образовательные курсы.
6. **Уход за тяжелобольными родственниками.** Наиболее распространенным обстоятельством является уход на больничный отпуск матери или отца, когда заболевает ребенок. Однако период подобного отпуска ограничен.
7. **Пребывание на санаторно-профилактическом лечении.** Лечащий врач конкретного сотрудника может направить его на обязательное лечение в специализированном санатории, так как без этого состояние здоровья субъекта будет ухудшаться.
8. **Процесс усыновления.** Если усыновленному ребенку менее 3 месяцев, сотрудник может взять больничный, который аналогичен декрету. Фактически, подобные правила идентичны правилам оформления отпуска при рождении малыша.
9. **Реабилитация и протезирование.** Ввиду индивидуальности проблем со здоровьем и необходимости восстанавливаться ввиду различных причин, срок нетрудоспособности разнится.

### II. ОТПУСКА ПО БОЛЕЗНИ И УВЕЧЬЮ

4. При утрате трудоспособности вследствие болезни или увечья больничные листки выдаются лечащими врачами поликлиник, амбулаторий, диспансеров, больниц и здравпунктов.

5. При туберкулезных, психических и венерических заболеваниях больничные листки выдаются врачами соответствующих специальных лечебных учреждений (отделений, кабинетов). При обращении больных этими заболеваниями в общие лечебные учреждения врач может выдать больничный листок на срок до 3 дней и обязан направить больного в специальное лечебное учреждение (отделение, кабинет).

Там, где нет специальных лечебных учреждений (отделений, кабинетов), больничные листки при указанных заболеваниях выдаются врачами общих лечебных учреждений.

Определением Верховного Суда РФ от 24.05.2000 N ГКПИ2000-566 отказано в принятии жалобы о признании незаконным пункта 6 данного документа.

6. Отпуск по болезни или увечью предоставляется в течение всего времени до восстановления трудоспособности или до установления инвалидности врачебно-трудовой экспертной комиссией. При утрате трудоспособности в связи с бытовой травмой на первые пять дней нетрудоспособности лечебным учреждением выдается справка, а начиная с шестого дня нетрудоспособности - больничный листок. Если травма явилась результатом стихийного бедствия (землетрясения, наводнения, урагана, пожара и т.п.) либо анатомического дефекта пострадавшего, больничный листок выдается на весь период нетрудоспособности по общим правилам.

При заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем (травмы, алкогольный психоз, белая горячка, хронический алкоголизм) больничные листки при амбулаторном и стационарном лечении не выдаются. В этих случаях лечебным учреждением выдается справка.

Длительно болеющие направляются на освидетельствование во врачебно-трудовую экспертную комиссию (ВТЭК) не позднее 4 месяцев со дня наступления нетрудоспособности или не позднее 5 месяцев временной нетрудоспособности в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторных заболеваниях (при одном и том же заболевании). Рабочие и служащие, временно утратившие трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом, направляются на освидетельствование во врачебно-трудовые экспертные комиссии не позднее 10 месяцев со дня наступления нетрудоспособности или не позднее 10 месяцев в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторных заболеваниях туберкулезом.

При этом направление во ВТЭК производится в порядке, установленном Типовым положением о врачебно-трудовых экспертных комиссиях, утвержденным Постановлением Совета Министров СССР от 21 декабря 1984 г. N 1255.

Если по заключению ВТЭК нет оснований считать больного инвалидом и он продолжает быть временно нетрудоспособным, то больничный листок подлежит продлению в порядке, установленном настоящей Инструкцией.

7. Врачи имеют право единолично выдавать больничные листки каждый раз не более чем на 3 дня, а в общей сложности по данному случаю заболевания или увечья - не более чем на 6 дней.

8. Продление больничного листка сверх 6 дней после наступления нетрудоспособности и всякое последующее продление производится лечащим врачом только с утверждения главного врача или врачебно-консультационной комиссией, организованной в данном лечебном учреждении. Порядок организации этих комиссий устанавливается Министерством здравоохранения СССР по согласованию с ВЦСПС.

Примечание. В лечебных учреждениях, где организованы отделения по специальностям, продление больничного листка сверх 6 дней возлагается главным врачом на заведующих отделениями.

В крупных лечебных учреждениях главный врач может по согласованию с горздравотделом возложить функции по экспертизе трудоспособности на специального врача (данного лечебного учреждения), ответственного за экспертизу трудоспособности.

9. Все лица, которым предоставлено право продления больничного листка сверх 6 дней (п. 8), могут санкционировать продление только после личного осмотра больного. При длительных заболеваниях эти осмотры должны производиться не реже чем раз в 10 дней.

Врачебно-консультационная комиссия (ВКК) или, если в лечебном учреждении нет такой комиссии, лечащий врач с утверждения главного врача может назначить временно нетрудоспособному вследствие заболевания туберкулезом или профессионального заболевания (по перечню профессиональных заболеваний, утвержденному Министерством здравоохранения СССР по согласованию с ВЦСПС) временный перевод на другую работу с выдачей больничного листка в пределах не более 2 месяцев, с соблюдением при этом сроков выдачи больничного листка, установленных п. п. 7 и 8 и настоящим пунктом. Такой перевод назначается, если больной нетрудоспособен по своей обычной работе, но может без ущерба для работы и без нарушения нормального хода лечения выполнять другую работу. В больничном листке делается отметка о назначенном переводе за подписью главного врача лечебного учреждения. При необходимости перевода рабочего или служащего по состоянию здоровья на другую работу в связи с прочими заболеваниями (не указанными в настоящем пункте) больничный листок не выдается, а выдается заключение ВКК.

10. Все лабораторные исследования и лечебные процедуры (физиотерапия, рентгенотерапия и т.д.) для трудоспособных застрахованных должны проводиться в нерабочее для них время, без выдачи больничных листков, кроме случаев, когда по самому характеру данного исследования или процедуры они могут быть проведены только в рабочее время.

11. В случае обращения нетрудоспособного застрахованного в здравпункт (при острых заболеваниях или травмах на производстве) врач выдает больничный листок на 1 - 2 дня. Продление такого листка производится в общем порядке, то есть врачами поликлиник, амбулаторий и т.д., а также врачебно-консультационными комиссиями. Если на здравпункте нет врача, а имеется только медицинская сестра или фельдшер, то они больничного листка не выдают, а, оказав первую помощь, направляют нетрудоспособного застрахованного в поликлинику или амбулаторию для немедленного приема.

Застрахованному, который признан трудоспособным, больничный листок не выдается, а в посыльном листке делается отметка о времени его прихода и ухода.

12. В случаях обращения в здравпункт в вечернее или ночное время, когда в поликлинике или амбулатории нет приема, а на здравпункте дежурит только медицинская сестра или фельдшер, эти лица, оказав первую помощь, предлагают нетрудоспособному явиться на следующий день в поликлинику или амбулаторию, а в случае надобности - вызвать врача на дом. При этом они выдают справку за своей подписью и с печатью. В справке указывается час освобождения от работы и приводятся краткие данные о характере заболевания или травмы, о температуре и т.д.

Врач поликлиники или амбулатории, признав застрахованного нетрудоспособным, выдает ему больничный листок с момента, указанного в справке. Если же врач признает его трудоспособным, то он выдает больничный листок с момента, указанного в справке, только до окончания данной смены.

13. При лечении в стационаре (больнице, клинике и т.д.) больничные листки в течение всего времени пребывания больного в стационаре выдаются лечащим врачом совместно с заведующим отделением.

На главного врача стационара возлагается ответственность за своевременную выписку из стационара, а также за своевременное выявление больных с признаками инвалидности и направление дел о них во врачебно-трудовую экспертную комиссию.

Рабочим и служащим на время нахождения в стационарах при протезно-ортопедических предприятиях больничный листок выдается на срок, не превышающий 30 дней. Больничный листок выдается врачом стационара совместно с главным врачом медицинского отдела протезно-ортопедического предприятия, а при отсутствии в протезно-ортопедическом предприятии медицинского отдела - врачом стационара.

14. При выписке из стационара продление больничного листка нетрудоспособным застрахованным производится лечащим врачом стационара совместно с заведующим отделением до срока, назначенного для явки в лечебное учреждение или для вызова врача на дом, но единовременно не более чем на 10 дней.

15. В лечебных учреждениях с одним врачом (в сельских местностях, в отдаленных районах и т.п.) этому врачу предоставляется право выдавать больничные листки единолично в течение всего времени заболевания.

16. Для специального лечения в другом городе больничный листок выдается врачебно-консультационной комиссией (а если ее нет, то лечащим врачом совместно с главным врачом) с утверждения районного (городского) отдела здравоохранения.

17. К застрахованным, длительно и часто болеющим, главный врач должен прикреплять врачей, извещая об этом фабзавместком. О прикреплении к застрахованному врача фабзавместком должен письменно известить застрахованного с предупреждением, что больничные листки, выданные ему другими врачами, оплачиваться не будут (кроме исключительных случаев по особому решению фабзавместкома).

Если какое-либо заболевание застрахованного не относится к специальности врача, к которому он прикреплен, для консультации должен быть привлечен соответствующий специалист. Больничный листок выдается тогда совместно обоими врачами, а продление этого листка сверх 6 дней производится в общем порядке (п. п. 8 - 9).

Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу

На медико-социальную экспертизу (далее - МСЭ) направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

1) очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

2) благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев (в отдельных случаях: состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза - свыше 12 месяцев);

3) необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ.

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 дней или до повторного направления на МСЭ.

При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или регистрации документов в учреждении МСЭ; сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения

При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина на долечивание в специализированное санаторно-курортное учреждение.

При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения и проезда.

Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина, пострадавшего в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение.

При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санаторно-курортные учреждения на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии противотуберкулезного диспансера и продлевается врачебной комиссией специализированного (противотуберкулезного) санаторно-курортного учреждения на весь период лечения, долечивания и проезда.

Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина на лечение (долечивание) в специализированное (противотуберкулезное) санаторно-курортное учреждение.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу за больным членом семьи:

1) ребенком в возрасте до 7 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;

2) ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;

3) ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;

4) детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, - на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно­профилактическом учреждении;

5) детьми в возрасте до 15 лет: при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей - на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебнопрофилактическом учреждении;

6) детьми в возрасте до 15 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей - на все время болезни;

7) детьми в возрасте до 15 лет, страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей - на все время болезни;

8) старше 15 лет: при амбулаторном лечении - на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии - до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться попеременно разным членам семьи.

При заболевании двух детей одновременно выдается один листок нетрудоспособности по уходу за ними. При одновременном заболевании более двух детей выдается второй листок нетрудоспособности.

При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

1) за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;

2) за хроническими больными в период ремиссии;

3) в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;

4) в период отпуска по беременности и родам;

5) в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

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 лет, отпуск без сохранения заработной платы), 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.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается лечащим врачом, который осуществляет наблюдение за ребенком (за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным), одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина, установленного на основании решения Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц, федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения.

Гражданам, работающим в организациях общественного питания, водоснабжения, детских учреждениях, при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при протезировании

Гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарное специализированное учреждение, листок нетрудоспособности выдается этой медицинской организацией на время проезда к месту протезирования. Выданный листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником стационарного специализированного учреждения на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером- гинекологом, при его отсутствии - врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача - фельдшером. Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам производится в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

В случае если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам на период отпуска по беременности и родам, ее отказ фиксируется в медицинской документации. При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности по беременности и родам для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности выдается на 140 календарных дней (на 194 календарных дня - при многоплодной беременности) с даты первичного обращения за указанным документом, но не ранее срока, установленного абзацами первым или вторым настоящего пункта.

В случае, когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

При осложненных родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 28 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 27 полных недель беременности, рождении мертвого плода или живого плода, не пережившего первые 6 полных суток (168 ч), листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трех дней. В случае если новорожденный пережил первые 6 полных суток (168 ч), листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается сроком на 156 календарных дней.

При наступлении отпуска по беременности и родам в период нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения возраста 3 лет листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается на общих основаниях.

Женщине, усыновившей ребенка в возрасте до 3 месяцев, листок нетрудоспособности выдается со дня усыновления на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей - на 110 календарных дней) со дня рождения ребенка.

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней, в том числе и при прерывании беременности малого срока.