

УТВЕРЖДАЮ
Проректор
д.м.н., доцент
И.А. Соловьев

И.А. Соловьева

Красноярск
2021

Практическое занятие №1

Тема: Медицинская демография. Естественное движение населения: рождаемость и смертность.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	10.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	10.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	10.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	40.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и

			методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

Аннотация (краткое содержание темы):

Медицинская демография - это наука, которая изучает влияние социально-медицинских факторов на процессы механического и естественного движения населения и разрабатывается рекомендации по улучшению показателей здоровья населения.

Под населением - понимается совокупность людей, объединенных общностью проживания в пределах той или иной страны или части ее территории, а так же группы стран мира, всего мира.

Когорта – совокупность людей, у которых определенное демографическое событие произошло в один и тот же период времени (например, группа лиц, родившихся или вступивших в брак в течение календарного года).

Исходя из соотношения возрастных групп населения, различают 3 типа населения:

1. Прогрессивный – доля лиц в возрасте до 14 лет, превышает долю лиц старше 50 лет.

Стационарный – доли лиц в указанных возрастных группах имеют равное значение.

Регрессивный – доля лиц старше 50 лет больше чем долю лиц младше 14 лет.

Определение преобладающего типа в обществе имеет большое значение для демографических процессов и должно учитываться при разработке медико-профилактических мероприятий.

Использование показателей демографической статистики:

- при оценке здоровья населения (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни, конечные показатели воспроизводства);
- при оценке закономерностей воспроизводства, формирующих структуру населения;
- при планировании, размещении и прогнозировании сети кадров здравоохранения на основе численности и структуры населения;
- при оценке эффективности планирования и прогнозирования медико-социальных мероприятий.

Без знания количественного и качественного состава населения невозможно провести глубокий статистический анализ состояния его здоровья, деятельности медицинских учреждений, четко планировать их работу.

Основные разделы демографии.

Статика населения.

Динамика населения.

Статика населения изучает численность и состав населения на определенной территории на определенный момент времени. Статика изучает численность и состав населения по таким признакам, как: пол, возраст, социальные группы, национальность, семейное положение, образование, место жительства (город, село) и др.

Раздел демографии, изучающий изменение количества населения в результате механического и естественного движения, называется динамика населения.

К методам, позволяющим изучать статические демографические события, относят:

- переписи, регулярно проводимые в экономически развитых странах;
- текущий учет ряда демографических явлений (рождение, смерть, развод и т.д.)
- выборочные исследования, включающие изучения некоторых социально значимых демографических аспектов в связи с социально-гигиеническими факторами.

Основным способом изучения статистики является перепись населения.

Перепись населения — это специальная научно организованная государственная статистическая операция по учету и анализу данных о численности населения, его составе и распределении по территории.

Требования к проведению переписи населения(6 основных требований)

Цели проведения переписи населения(2 основные цели).

Механическое движение населения (миграция происходит в результате передвижения отдельных групп людей из одного района страны в другой (внутренняя миграция) или за пределы страны (внешняя миграция), которая в свою очередь подразделяется на выезд из данной страны — эмиграция, и напротив, въезд из другой страны — иммиграция.

Одним из видов внутренней миграции является урбанизация.

Естественное движение населения — изменение численности населения, в результате взаимодействия таких демографических явлений, как рождаемость и смертность.

Рождаемость — процесс деторождения в совокупности людей, составляющих поколение или в совокупности поколений — населения. Биологическая основа рождаемости — способность человека к воспроизведению потомства (оплодотворению, зачатию и вынашиванию плода).

Согласно определению ВОЗ, живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

Мертворождением (согласно определению ВОЗ) является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни, таких, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры.

Для определения интенсивности процесса рождений используют общий коэффициент рождаемости населения – это показатель частоты рождений на 1000 жителей в год. Он дает представление о том, с какой скоростью увеличивается население за счет рождаемости на изучаемом отрезке времени.

Специальные коэффициенты рождаемости:

- Коэффициент общей плодовитости
- Коэффициент брачной плодовитости
- Коэффициент суммарной плодовитости (рождаемости)
- Брутто- коэффициент воспроизводства
- Нетто-коэффициент)

Факторы, влияющие на рождаемость.

На уровень рождаемости влияют такие факторы, как:

- возрастно-половой состав населения;
- интенсивность миграционных процессов;
- численность женщин фертильного возраста;
- уровень образования, культуры населения;
- национальные обычаи и традиции;
- социально-психологические факторы;
- тенденция в брачно-семейных отношениях.

Демография - это наука о народонаселении

Задачи демографии:

Изучение территориального размещения.

Анализ тенденций и процессов, происходящих среди населения в связи с социально - экономическими условиями жизни: медицинскими, экономическими, правовыми, этническими и др.

Прогнозирование демографических процессов;

Разработка мероприятий, оптимизирующих демографические показатели

Смертность – процесс убыли населения вследствие смерти.

Уровень смертности обусловлен сложным взаимодействием факторов, среди которых доминирующее место занимают социально-экономические условия: уровень благосостояния, образования, питания, жилищные условия, экологические факторы и т.д.

Мерой смертности является интенсивный коэффициент, представляющий собой отношение числа умерших на отрезке времени наблюдения (за год) к средней численности изучаемого населения или соответствующие его группы:

Специальные коэффициенты смертности.

Показатель по возрастной смертности – число умерших определенного возраста по отношению к общей численности людей этой возрастной группы за определенный промежуток времени (обычно за год) $\times 1000$.

Смертность населения по полу – число умерших определенного пола по отношению к общей численности людей этой половой группы за определенный промежуток времени (обычно за год) $\times 1000$.

Показатель смертности от данной причины – количество умерших от данной причины на 100 тыс. среднегодового населения.

Доля смертей по определенной причине – число смертей, обусловленных какой-либо причиной, по отношению к общему количеству смертей в данной группе населения за определенный период $\times 100$.

Младенческая смертность.

Под термином «младенческая смертность» подразумевается смертность детей первого года жизни.

Под материнской смертностью, согласно определению ВОЗ, понимается смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности, и наступившая в период беременности, во время родов или в течении 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смертность – смерть женщины от непосредственной или косвенной акушерской причины после 42 дней после родов, но в течение 1 года после родов.

Уровень материнской смертности – число женщин, умерших за год от причин, связанных с беременностью, на 1000 женщин детородного возраста (15-49 лет).

Естественный прирост – как разность между показателями рождаемости и смертности.

Ожидаемая (средняя) продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ).

Смертность – показатель, складывающийся из множества единичных смертей, наступающих в разных возрастах и определяющих в своей совокупности порядок вымирания реального или гипотетического поколения. Его статистическое описание, основанное на установлении связи между количественными характеристиками смертности и возрастом людей, дает таблица дожития (смертности).

Показатели потенциальной демографии.

К основным показателям потенциальной демографии относятся т.н. сводные индексы: ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и индекс DALY, характеризующий утраченные годы здоровой жизни, также такие показатели, как потерянные годы потенциальной жизни, потери трудового потенциала, показатель глобального бремени болезней (в DALY), измеряемые в человеко-годах. Эти показатели позволяют проводить анализ состояния здоровья населения и указывают на то, что более высокий уровень развития системы здравоохранения ассоциируется с повышением числа

здоровых лет жизни, так и на то, что в Европейском регионе самую большую проблему представляют неинфекционные болезни. Здоровье как объект службы здравоохранения.

С правилами заполнения "Свидетельства о смерти" и "Свидетельства о рождении" ознакомьтесь в Федеральном законе от 15.11.1997 N 143-ФЗ (ред. от 29.12.2017) "Об актах гражданского состояния".

Примерная тематика НИРС по теме

1. Как искусственный интеллект помогает ставить точный диагноз.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №2

Тема: Здоровье населения, состояние и современные тенденции.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	10.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	10.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	10.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	40.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	90	
--	-------	----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Важным критерием функционирования и развития страны (государства) является качество народонаселения, которое неразрывно связано с категорией «здоровье». Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий. Можно сказать, что это интегральный показатель качества жизни в объективных ее проявлениях.

Общественное здоровье – свойство населения определенной территории, обеспечивающее демографическое развитие, максимально возможную продолжительность жизни и трудовую активность, формирующееся при комплексном воздействии биологических, социально-экономических, социокультурных и экологических факторов.

Здоровье людей – качество социальное, в связи с этим для оценки общественного здоровья Организацией Объединенных Наций принята Система социальных показателей здоровья:

- ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- ожидаемая продолжительность жизни в состоянии нездоровья в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет;
- доля лиц, пребывающих в состоянии нездоровья (%);
- физическая доступность медобслуживания (средний срок получения скорой медпомощи);
- экономическая доступность медицинского обслуживания – семейные доходы, чистые расходы на страхование рисков здоровья в расчете на одну семью, полная стоимость услуг здравоохранения, получаемых семьей.

Перечисленные показатели не только определяют состояние здоровья населения, но и характеризуют уровень социально-экономического развития страны в целом, степень медицинской грамотности населения, уровень и качество организации медицинской помощи. Как правило, экономический рост государства и повышение индивидуального достатка людей, совершенствование социальной инфраструктуры и организации медицинской помощи сопровождаются снижением показателей смертности и увеличением средней продолжительности предстоящей жизни.

Состояние и тенденции изменения здоровья населения характеризуют индикаторы, в качестве которых могут выступать демографические показатели, показатели заболеваемости и распространенности болезней, физического развития населения, инвалидизации и др.

В РФ в настоящее время целевые индикаторы состояния здоровья населения определены в государственной программе РФ «Развитие

здравоохранения» до 2025 года и национальном проекте «Здравоохранение»: смертность в трудоспособном возрасте, смертность от болезней системы кровообращения, смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, младенческая смертность

За период 2000-2018 гг. в РФ ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) возрастает ежегодно в среднем на 0,6 %. Так, за 19 лет ОПЖ в РФ увеличилась на 7,6 года или на 11,6 %. Несмотря на постоянный рост данного индикатора начиная с 2004 г., в цепных темпах роста такая тенденция не наблюдается: имеет место нестабильный характер.

Наблюдается аналогичная динамика данного показателя и в федеральных округах РФ. Наибольшее значение данного показателя за 2018г. (как и за весь рассматриваемый период) зафиксировано в Северо-Кавказском федеральном округе (76,25 лет, что на 4,6 % больше значения ОПЖ по РФ), а самое наименьшее значение – в Дальневосточном федеральном округе (70,2 года). Приволжский федеральный округ за 2018 год по ОПЖ занимает 4 место среди всех округов (72,41 года). Согласно прогнозным значениям госпрограммы «Развитие здравоохранения в РФ» на 2018 год ОПЖ всего населения при рождении должна была составить 74 года, фактически значение показателя в целом по РФ – 72,9 года. Только в Северо-Кавказском и Центральном федеральных округах фактические значения превысили планируемые (76,25 лет и 74,01 года соответственно).

Необходимо также отметить гендерные различия в ожидаемой продолжительности жизни в РФ: в среднем на 12 лет меньше у мужчин, чем у женщин (за анализируемый период). Максимальный разрыв между показателями зафиксирован в 2005 году – 13,55 лет, после которого наблюдается тенденция к сокращению различий между ОПЖ мужчин и женщин. В 2018 году разница стала минимальной и составила 10,07 лет. Сокращение разницы происходит за счет того, что темпы роста ОПЖ мужчин начиная с 2006г. опережают темпы роста ОПЖ женщин. В 2018г. произошло снижение темпов роста ОПЖ и мужчин, и женщин.

Немаловажным индикатором состояния здоровья населения является смертность населения в трудоспособном возрасте (ТСВ). За период 2000-2018 гг. как в РФ, так и в её округах наблюдается тенденция к снижению: в РФ смертность в ТСВ уменьшилась на 33,9 % с 729,1 до 482,2 чел. на 100 тыс. чел. соответствующего возраста. Среднегодовой темп снижения по РФ составил 99,7 %. «Лидером» по анализируемому показателю выступает Дальневосточный ФО как за весь период, так и за 2018 г. (589,7 умерших). Низкие значения среди всех округов за весь период наблюдаются в Северо-Кавказском ФО: в 2018г. смертность среди населения в трудоспособном возрасте составила 256,2 чел., что на 46,9 % меньше, чем по РФ. Значения целевого индикатора (493,2) не достигнуты в Приволжском, Уральском, Сибирском и Дальневосточном ФО, в которых значения анализируемого показателя выше.

Смертность населения от болезней системы кровообращения за рассматриваемый период также ежегодно снижается (в среднем на 3,3 %). В

2018 г. в РФ смертность уменьшилась до 583,1 случаев на 100 тыс. чел. населения, практически приблизившись к целевому значению индикатора (583,7). Северо-Кавказский ФО является округом с наименьшими значениями показателя, причем за весь период: к 2018 году значение достигло 369,2 случая, что на 36,7 % меньше, чем по РФ. В Северо-Западном ФО значение показателя максимальное среди всех округов и РФ – 664,0 случая. По этому индикатору также не все федеральные округа достигли прогнозируемого уровня (ЦФО, С-ЗФО, ЮФО, ПФО).

Что касается смертности от новообразований, в том числе злокачественных, то здесь нельзя выявить определенной тенденции, так значения показателя по РФ за анализируемый период постоянно меняются. В 2005г. и 2017г. значения индикатора составляли 200,6 случаев на 100 тыс. чел. населения. Максимальное значение зафиксированы в 2009г. (205,6) и 2015 г. (205,1). Начиная с 2015г. уровень смертности от новообразований в РФ постепенно снижался и в 2018г. составил 203,0 случая, превышая целевое значение индикатора (192,8) на 5,3 %. В федеральных округах наблюдается такая ситуация, за исключением Северо-Кавказского ФО, в котором значение анализируемого показателя значительно ниже (114,1).

Младенческая смертность за анализируемый период в РФ снизилась в 3 раза с 15,3 до 5,1 случая на 1000 родившихся живыми или на 5,9 % ежегодно. Исключение составляет 2012г., в котором произошло увеличение значения показателя на 16,2 % из-за нового критерия живорождения (до 2012 г. живорожденным считался ребенок с массой, превышающей 1000 гр., с 2012 г. – выше 500 гр.). В 2018г. прогнозного значения не достигли только Северо-Кавказский (в котором самые наивысшие значения показателя за рассматриваемый период) и Сибирский федеральные округа. Наименьшие значения коэффициента младенческой смертности наблюдаются в Северо-Западном федеральном округе.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Искусственный интеллект в здравоохранении.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №3

Тема: Заболеваемость населения: состояние и тенденции.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Согласно Федерального закона от 21.11.2011 г. 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации":

1) заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

2) состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

3) основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

4) сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

5) тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Материалы о заболеваемости населения в практической деятельности врача необходимы для:

- оперативного руководства работой учреждений здравоохранения;
- оценки эффективности проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий, в том числе диспансеризации;
- оценки здоровья населения и выявления факторов риска, способствующих снижению заболеваемости;
- планирования объема профилактических осмотров;
- определения контингента для диспансерного наблюдения, госпитализации, санаторно-курортного лечения, трудоустройства определенного контингента больных и т. д.;
- текущего и перспективного планирования кадров, сети различных служб и подразделений здравоохранения;
- прогноза заболеваемости.

В зависимости от структуры общей заболеваемости населения региона или страны выделяют следующие типы заболеваемости:

- эпидемический тип;

- переходный тип;
- неэпидемический тип.

Виды заболеваемости по определенными причинами.

Причины:

Инфекционная заболеваемость — требует быстрого проведения противозидемических мероприятий

Госпитальная заболеваемость — сведения о ней используются для планирования коечного фонда

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности — определяет экономические затраты

Важнейшая неэпидемическая заболеваемость — дает сведения о распространенности социально обусловленных заболеваний.

Заболеваемость приведшая к смерти.

Заболеваемость по данным обращаемости (учетная форма – талон амбулаторного пациента (ф.025-6(7)/у-89,025-10/у-97)

Виды заболеваемости по обращаемости	Учетные формы
Заболеваемость острыми инфекционными болезнями	Экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.058/у)
Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями	Извещения о важнейших не-эпидемических заболеваниях (ф.089/у-00, ф.090/у-99)
Госпитализированная заболеваемость	Карта выбывшего из стационара (ф.066/у)
Заболеваемость с временной утратой трудоспособности	Листок нетрудоспособности (ф.095-у)

Заболеваемость — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000.

Болезненность — это распространенность зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, при первичном обращении в календарном году; статистически выражается как отношение числа всех заболеваний населения за год к средней численности населения, умноженное на 1000.

Заболеваемость, выявляемая при профилактических медицинских осмотрах, называется патологической пораженностью.

Учетные формы:

- Карта подлежащего периодическому осмотру (ф. 046/у);
- Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у);
- История развития ребенка (ф. 112/у);
- Медицинская карта ребенка (ф. 026/у);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у);
- Другие медицинские документы

Патологическая пораженность — совокупность болезней и патологических состояний, выявленных врачами путем активных медицинских осмотров населения; статистически выражается как отношение числа заболеваний, имеющих на данный момент, к средней численности населения, умноженное на 1000.

Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей.

Первичная заболеваемость — это заболеваемость, выявленная впервые в жизни и регистрируемая в течение года.

Заболеваемость с ВУТ — один из видов заболеваемости по обращаемости, является приоритетной характеристикой состояния здоровья работающих.

Показатели заболеваемости с ВУТ:

1) число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих: рассчитывается как отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100 (в среднем около 80—100 случаев на 100 работающих);

2) число дней ЗВУТ на 100 работающих: отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100 (около 800—1200 на 100 работающих);

3) средняя длительность одного случая ЗВУТ (отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности) — около 10 дней.

Международная статистическая классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем

В МКБ все болезни разделены на классы, классы — на блоки, блоки — на рубрики (шифруются тремя знаками), рубрики — на подрубрики (шифруются четырьмя и более знаками).

МКБ-10 состоит из 3 томов.

Первый том (в издании на русском языке — в двух книгах) содержит полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, перечень рубрик, по которым страны подают информацию о заболеваниях и причинах смерти в ВОЗ, а также специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости. В первом томе содержатся также определения основных терминов МКБ-10, преимущественно для детской и материнской смертности.

Второй том включает в себя описание МКБ-10, ее цели, области применения, инструкции, правила по пользованию МКБ-10 и правила кодирования причин смерти и заболеваний, а также основные требования к статистическому представлению информации. Для специалистов может оказаться интересным и раздел истории МКБ.

Третий том состоит из алфавитного перечня заболеваний и характера повреждений (травм), перечня внешних причин повреждений и таблиц лекарств и химикатов (около 5,5 тыс. наименований).

Основные принципы современной МКБ:

- ограниченное число рубрик должно охватывать всю совокупность патологических состояний;
- болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, представлена отдельной рубрикой;
- предусмотрены рубрики для "других" и "неуточненных"
- состояний, однако применение их должно быть ограничено;
- МКБ предназначена для практического использования,
- поэтому в ней допущен ряд компромиссов между классификациями;
- имеются определенные трудности в использовании

МКБ для изучения финансовых вопросов, таких как выписка счетов или распределение ресурсов;

- болезни сгруппированы следующим образом:
- - эпидемические болезни;
- - конституционные, или общие болезни;
- - местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- - болезни, связанные с развитием;
- - травмы .
- МКБ-10 не предназначена и непригодна для индексации отдельных клинических случаев.

Принципы построения МКБ-10

- этиологический (I, XIX, XX)
- локалистический (III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV)
- общность патогенеза (II, IV)
- болезни, связанные с определенными физиологическими или возрастными состояниями (XV, XVI, XVII)

Классы МКБ-10

I – Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

II – Новообразования

III – Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

IV – Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ

V – Психические расстройства и расстройства поведения

VI – Болезни нервной системы

VII – Болезни глаза и его придаточного аппарата

VIII – Болезни уха и сосцевидного отростка

IX – Болезни системы кровообращения

X – Болезни органов дыхания

XI – Болезни органов пищеварения

XII – Болезни кожи и подкожной клетчатки

XIII – Болезни костно-мышечной и соединительной ткани

XIV – Болезни мочеполовой системы

XV – Беременность, род и послеродовой период

XVI – Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
XVII – Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения

XVIII – Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках

XIX – Травмы, отравления и некоторые другие причины заболеваемости и смертности

XX – Внешние причины заболеваемости и смертности

XXI – Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

Методика изучения инфекционной заболеваемости

Все инфекционные заболевания в зависимости от способа оповещения о них можно разделить на четыре группы.

1. Карантинные заболевания – особо опасные инфекции.

2. О таких заболеваниях, как грипп, острые респираторные инфекции, лечебно-профилактические учреждения подают в центр санэпиднадзора суммарные (цифровые) сведения за месяц.

3. Заболевания, о каждом случае которых сообщается в центр санэпиднадзора с приведением детальных сведений.

В случае обнаружения данных заболеваний заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф.058/у) врачами или средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений всех ведомств и в течение 12 ч передается в районный или городской ЦСЭН.

4. Заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией служб санэпиднадзора.

Оформляется не только «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» (ф.089/у), но и «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» (ф.058/у).

Экстренные извещения, отправленные в ЦСЭН, регистрируются в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф.060/у). Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений, в ЦСЭН.

На основе записей в этом журнале ЦСЭН составляется «Отчет о движении инфекционных заболеваний» (ф.85-инф.) с анализом данных за каждый месяц, квартал, полугодие и год.

Для детального разбора каждого случая инфекционной заболеваемости используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний» (ф. 357/у), заполняемая в ЦСЭН.

Анализ инфекционной заболеваемости проводится с помощью общих и специальных показателей. Общий показатель инфекционной заболеваемости

— это число инфекционных заболеваний, зарегистрированных за год на 10000 жителей, деленное на численность населения.

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями (туберкулез, венерические заболевания, новообразования, трихофития и др.), зарегистрированными впервые в данном году, рассчитывается на 10000 жителей (уровень, структура).

Примерная тематика НИРС по теме

1. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №1

Тема: Первичная медико-санитарная помощь населению.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Обеспечение доступной и качественной первичной медико-санитарной помощи должно быть приоритетом при формировании системы здравоохранения.

Современная концепция организации системы здравоохранения предусматривает 3 уровня медицинской помощи, где каждый уровень решает свои задачи.

1-й уровень — первичная медико-санитарная помощь, ориентированная на первичный прием, профилактику и амбулаторное лечение.

2-й уровень — специализированная медицинская помощь, ориентированная на более сложные проблемы, зачастую требующие стационарного лечения.

3-й уровень — специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь. Это медицинская помощь, дающая эффект в наиболее сложных случаях, многие из которых ранее считались безнадежными

Первичная медико-санитарная помощь в Российской Федерации бесплатна (в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования).

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению. Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах.

Виды первичной медицинской помощи

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь
- первичная врачебная медико-санитарная помощь
- первичная специализированная медико-санитарная помощь

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными

врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Основной целью данного комплекса мер является охрана здоровья, обеспечение профилактики и лечения заболеваний, диспансерного наблюдения. Включает в себя следующие мероприятия:

- укрепление здоровья,
- профилактика,
- реабилитация,
- лечение,
- диспансерное наблюдение,
- паллиативная терапия.

Задачи:

- Содействие формированию здоровой продовольственной среды
- Лечение основных заболеваний и травм
- Выявление и профилактика заболеваний
- Санитарно-гигиеническое просвещение населения
- Формирование приверженности к здоровому образу жизни
- Гигиенические и противоэпидемические мероприятия
- Охрана здоровья матери и ребёнка, планирование семьи.
- Вакцинация и вакцинопрофилактика

Характеристика

- Количественное соотношение между основными ресурсами и численностью населения.
- Доступность медицинской помощи всему населению.

Медицинские организации и их подразделения, оказывающие ПМСП

- фельдшерские здравпункты,
- фельдшерско-акушерские пункты,
- врачебные амбулатории,
- здравпункты,
- поликлиники,
- поликлинические подразделения медицинских организаций,
- кабинеты и центры (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины),
- центры здоровья,
- отделения (кабинеты) медицинской профилактики,
- дневной стационар, в том числе стационар на дому.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или

обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учёбы в определённых организациях.

Направления развития ПМСП в России

В 2016 году в Российской Федерации для совершенствования первичного звена здравоохранения Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с государственной корпорацией по атомной энергии «Росатом» был запущен пилотный проект «Бережливая поликлиника», суть которого — внедрение бережливых технологий в медицинских организациях для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи путём оптимизации внутренних процессов работы поликлиники, тем самым сведя до минимума все существующие в поликлинике виды потерь.

Реализацию проекта начали в трёх субъектах Российской Федерации — Калининградской области, Ярославской области и г. Севастополь.

В 2017 году в пилотном проекте участвовали 304 поликлиники России. В конце 2017 года были представлены итоги реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника». Время ожидания в очереди у регистратуры сократилось в 4 раза, количество визитов при прохождении 1 этапа диспансеризации сократилось в 3,7 раз, время ожидания приёма врача у кабинета сократилось в 8 раз.

В 2018 году результативность реализации пилотного проекта дала старт запуску приоритетного проекта Министерства здравоохранения Российской Федерации совместно с государственной корпорацией по атомной энергии «Росатом» «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». В приоритетном проекте в 2018 году участвовали 33 субъекта Российской Федерации.

С 2019 года приоритетный проект становится частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» — «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», целью которого является завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения, обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населённых пунктов, расположенных в отдалённых местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу и пр.

Реализация федерального проекта запланирована на 2019—2024 годы включительно. В создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» будут участвовать 85 субъектов Российской Федерации.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Data Science в медицине.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №5

Тема: Организация стационарной помощи населению.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Краткий словарь терминов и понятий:

Коечный фонд – совокупность коек стационаров лечебно-профилактических учреждений, предназначенных для обслуживания населения данной территории. Коечные фонды различают: - по медицинской специализации (хирургический, терапевтический, противотуберкулезный и т.д.), - по группам обслуживаемого населения (детский, взрослый, городской, сельский и др.).

Койка больничная – койка, размещенная в учреждениях здравоохранения для стационарного лечения. Включает койку сметную и койку фактически развернутую.

Койка сметная – обеспеченная финансированием по смете расходов учреждения здравоохранения.

Койка фактически развернутая – обеспеченная персоналом, оборудованием, финансированием для питания больных и лечения больных и готовая к приему больных для круглосуточного пребывания.

Временные приставные койки – развернутые в палатах, коридорах и т.д. в связи с перегрузкой стационара (или одного из отделений). Эти койки в число фактически развернутых коек не включаются.

Среднемесячное число коек – среднеарифметическая величина, получаемая путем деления суммы фактически развернутых коек (включая не функционирующие во время ремонта, но без приставных) за все дни месяца на календарное число дней месяца. Среднегодовое число коек – получается аналогичным образом при делении суммы среднемесячного число коек на 12. Если отделение работало лишь полгода, сумма также делится на 12.

Поступившие больные - лица, поступившие в стационар и переведенные из других больниц.

Выписанные больные – лица, выписанные из стационара, переведенные в другие стационары, в дневные стационары

Выбывшие больные – сумма выписанных больных из стационара и умерших в стационаре (выписано + умерло)

Пользованные больные – полусумма больных поступивших в стационар, выписанных из стационара и умерших в стационаре. (поступило+выписано+умерло)/2

Койко-день – день, проведенный больным в стационаре. Койко-день – это условная единица измерения мощности больницы, использования коечного фонда больницы.

Число койко-дней проведенных больными за отчетный период, высчитывается путем суммирования числа больных, находящихся в стационаре на 9 часов утра ежедневно в течение месяца. Сложение результатов за 12 месяцев дает сумму числа койко-дней, проведенных больными за год. В число больных включаются и те, которые находились на

приставных дополнительных койках. Приставные дополнительные койки в число сметных коек не включаются.

Уровень госпитализации – число поступивших в стационар за определенный промежуток времени (обычно за год) по всем заболеваниям или отдельно по определенным заболеваниям в расчете на 1000 или на 100 тысяч соответствующего населения. Показатель, характеризующий нагрузку на стационары.

Госпитальная заболеваемость – это частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год, в расчете на 1000 населения. Единица наблюдения – основной случай заболевания выбывшего больного из стационара (выписанного или умершего). Как правило, основным диагнозом является диагноз при выписке.

Исход заболевания – медицинские и биологические последствия заболеваний.

Результат лечения – результат использования медицинских технологий.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Статья 32. Медицинская помощь

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

2. К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

3. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

5. Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

Статья 19. Право на медицинскую помощь

Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с 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.

КонсультантПлюс: примечание.

Об оказании медицинской помощи трудящимся государств-членов Договора о Евразийском экономическом союзе и членам семей см. Договор, подписанный в г. Астане 29.05.2014.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

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

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

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Организация работы больничных организаций стационарного типа.

В задачи современной городской больницы для взрослых входят:

- оказание больничной квалифицированной лечебно-профилактической помощи по Программе госгарантий;

- внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта других лечебно-профилактических учреждений;

- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебно-профилактической помощи и др.

Возглавляет больницу главный врач. Он отвечает за всю профилактическую, лечебно-диагностическую, финансово-хозяйственную деятельность, подбор и расстановку кадров.

Первым помощником главного врача является заместитель по медицинской части (начмед), который непосредственно руководит профилактической и лечебно-диагностической работой больницы, контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, качество диагностики, лечения и ухода за больными.

Также он анализирует качество лечебного питания, правильность расходования медикаментов и изделий медицинского назначения, организует консультативную помощь больным. Особое место в деятельности начмеда занимает анализ случаев смерти больных в стационаре. За хозяйственную работу отвечает соответствующий заместитель по административно-хозяйственной части.

В его задачи входят обеспечение противопожарной безопасности, поддержание порядка и охрана зданий, помещений, инженерных сетей, территории больницы, обеспечение учреждения современными средствами связи, автотранспортом, горючесмазочными материалами, продуктами лечебного питания, больничным бельем и решение других хозяйственных вопросов. В состав административно-хозяйственной части входят гараж, прачечная, пищеблок и другие подразделения.

Если больница объединена с поликлиникой, вводится должность заместителя главного врача по поликлинике.

В крупных больницах с числом хирургических коек не менее 300 выделяется должность заместителя главного врача по хирургии. Кроме того, с учетом производственной необходимости могут вводиться должности заместителей главного врача по экономике, экспертизе нетрудоспособности, гражданской обороне и мобилизационной работе.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит главная медицинская сестра.

Одно из важнейших подразделений больницы — приемное отделение, которое по форме организации работы может быть централизованным и децентрализованным.

В приемное отделение больницы пациенты могут попасть разными путями:

- по направлению из амбулаторно-поликлинических учреждений (плановая госпитализация);

- при доставке бригадами скорой медицинской помощи (экстренная госпитализация);
- переводом из другого стационара;
- при самостоятельном обращении в приемное отделение ("самотеком").

Для более рационального использования конечного фонда больничных учреждений в крупных городах при станциях скорой медицинской помощи создаются центральные бюро госпитализации (ЦБГ), в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализация проводится в том числе по направлению ЦБГ.

В задачи приемного отделения входят:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяются ставки врачей приемного покоя (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог и др.). Кроме того, врачи приемного покоя имеют возможность вызывать врачей других специальностей, которые в это время дежурят в отделениях. В больницах меньшей мощности в приемном покое дежурят врачи отделений в соответствии с графиком.

Необходимо обеспечить врачам приемного отделения возможность круглосуточно проводить в экстренном порядке экспресс анализы, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие исследования.

Для оказания экстренной помощи в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и оборудования. В приемных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Из приемного отделения больной поступает в соответствующее стационарное отделение. Профиль и мощность отделений стационара определяются с учетом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии.

Штаты и оснащение зависят от числа коек и профиля отделения. Оптимальной мощностью стационарного отделения больницы принято считать 6070 коек. Как правило, в больничных учреждениях мощностью до 500 коек организуются отделения терапевтического, хирургического, гинекологического, педиатрического, инфекционного, неврологического, кардиологического, травматологического и других профилей. В больницах большей мощности создаются узкоспециализированные отделения: урологическое, эндокринологическое, пульмонологическое, челюстно-лицевой, хирургии и др.

Возглавляет работу отделения заведующий. На должность заведующего отделением назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности и обладающий организаторскими способностями.

Назначение на должность заведующего отделением и освобождение от должности осуществляется приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным.

В соответствии с задачами, стоящими перед больницей, заведующий отделением выполняет следующие обязанности:

- организует и обеспечивает своевременное обследование и лечение больных с учетом современных достижений медицинской науки и практики;
- проводит систематический контроль работы ординаторов отделения по вопросам диагностики, лечения и его эффективности, а также качества ведения медицинской документации;
- проводит ежедневный утренний обход больных совместно с ординаторами и средним медицинским персоналом, осмотр вновь поступивших и наиболее тяжелых больных;
- разбирает с ординаторами отделения все случаи, представляющие затруднение в диагностике и лечении, расхождения диагнозов поликлиники с больничными и больничных с патологоанатомическими, а также все случаи смерти больных в отделении;
- созывает в необходимых случаях консилиум с участием врачей-специалистов и лично принимает участие в нем;
- обеспечивает соблюдение противо-эпидемиологического режима в отделении;
- систематически проводит работу по повышению квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделения, соблюдению принципов деонтологии;
- анализирует показатели деятельности отделения и представляет отчеты руководству больницы в установленные сроки;
- контролирует соблюдение персоналом отделения правил охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего распорядка;
- организует санитарно-просветительную работу с больными;
- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в отделении и др.

Заведующему отделением непосредственно подчиняется ординатор отделения, главная задача которого заключается в оказании квалифицированной помощи больным с использованием современных методов диагностики, лечения и реабилитации. Врач-ординатор обычно ведет 20—25 больных, однако это число меняется в зависимости от профиля отделения.

Врачу-ординатору отделения помогают палатные (постовые) медицинские сестры, которые непосредственно подчиняются старшей

медицинской сестре отделения. В ночное время в больнице наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства обеспечиваются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям. Например, дежурный врач для отделений терапевтического профиля, дежурный врач для отделений хирургического профиля и др.

В работе стационара выделяют две системы организации ухода за больными: двухступенную и трехступенную. При двухступенной системе непосредственный уход за больным осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений. При трехступенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными. При этой системе обслуживания на должность младшей медицинской сестры по уходу за больными назначается лицо, окончившее специальные курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

В больнице строго должны соблюдаться противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы. Противоэпидемиологический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль осуществляет Центр гигиены и эпидемиологии.

Выписка пациента из больницы производится в следующих случаях: при полном его выздоровлении, при необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения, при стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна, при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее. Больные, нуждающиеся в медицинской реабилитации, направляются в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

Анализ деятельности стационара

В практическом осуществлении задачи полного удовлетворения потребности населения в высококвалифицированной медицинской помощи значительная роль принадлежит стационарам. Анализ сложной, многогранной работы стационара не может быть осуществлен только на основании годового статистического отчета. Большое значение имеет экспертный анализ первичной медицинской документации стационара.

Анализ статистических данных о работе стационара включает следующие разделы:

3.7.1. Общая характеристика стационара.

Включает описание здания, в котором расположен стационар, отделений, диагностической и вспомогательной служб, систему работы

стационара, систему дежурств, характеристику кадров, порядок госпитализации в стационар, потоки госпитализированных больных.

3.7.1.1. Абсолютное число круглосуточных коек на конец года.

3.7.1.2. Среднегодовое число круглосуточных коек. Используется для расчета показателей работы стационара.

3.7.1.3. Обеспеченность населения больничными койками. Показатель обеспеченности койками можно рассчитать и по всем профилям коек.

3.7.1.4. Одним из показателей доступности стационарной помощи является уровень госпитализации на 100 жителей, его можно вычислять как в целом по стационару, так и по профилям коек. Уровень госпитализации можно рассчитать и по отдельным заболеваниям, в связи с которыми проводилось стационарное лечение, и по возрастам.

3.7.1.5. Основные показатели реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной стационарной помощи, а именно:

- территориальный норматив стационарной помощи (койко-дней на 1000 населения);

- выполнение объема стационарной помощи (фактическое число койко-дней на 1000 населения);

- выполнение норматива стационарной помощи (%).

3.7.2. Основные показатели использования коечного фонда стационара.

К ним относятся показатели, характеризующие использование коечного фонда: среднее число дней занятости (работы) койки в году, средняя длительность пребывания на койке, больничная летальность, оборот койки

Эти показатели рассчитываются в целом по стационару, по отделениям, по профилям коек.

Следует учесть, что при расчете показателей использования коечного фонда не учитываются койки сестринского ухода, геронтологические, хосписные койки и койки для здоровых новорожденных в акушерских стационарах. Вопросы эффективного использования коечного фонда необходимы как в итоговой оценке деятельности стационара, так и в оперативной работе организаторов здравоохранения различных уровней.

Показатели, характеризующие использование коечного фонда, могут быть рассмотрены не только за год, но и за месяц, квартал и т.д.

При дополнительной разработке учетной документации можно получить данные о числе детей на взрослых койках всего и по отделениям, об отказах в госпитализации – всего и по причинам.

3.7.3. Качество медицинского обслуживания в стационаре и качество врачебной диагностики.

Для оценки качества организации стационарной помощи анализируют:

3.7.3.1. Удельный вес больных, госпитализированных без показаний;

3.7.3.2. Состав госпитализированных больных (по возрасту, полу и т.д.);

3.7.3.3. Среднюю длительность пребывания больного на койке;

3.7.3.4. Применение учреждением здравоохранения стандартов оказания медицинской помощи.

3.7.3.5. Экспертную оценку.

Для оценки качества врачебной диагностики (прижизненной и посмертной) анализируют:

3.7.3.6. Больничную летальность (общую и по нозологическим формам);

3.7.3.7. Удельный вес неуточненных диагнозов (по рубрике МКБ-10 с четвертым знаком -.9);

3.7.3.8. Показатель расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

3.7.4. Преемственность в работе поликлиники и стационара.

В данном разделе оцениваются следующие косвенные показатели:

- сроки ожидания на плановую госпитализацию,
- частота отказов в госпитализации по причинам,
- досуточная летальность в стационаре,
- поздняя госпитализация больных с экстренными хирургическими заболеваниями,
- летальность по экстренной хирургии,
- процент расхождения диагнозов поликлиники и стационара.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Что такое искусственный интеллект в здравоохранении?

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №6

Тема: Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Основной особенностью системы оказания медицинской помощи жителям села является её этапность. Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению оказывается комплексом медицинских учреждений, начиная от ФАПов до областных (краевых, республиканских) учреждений.

Первый этап. Сельский врачебный участок включает в себя следующие медицинские учреждения: участковую больницу с амбулаторией (поликлиникой) или самостоятельную больницу (врачебную амбулаторию, ФАП, совхозные (колхозные) медицинские профилактории, аптечные пункты, молочные кухни. Все лечебно-профилактические учреждения, входящие в состав сельского врачебного участка, приближают первичную медико-санитарную помощь к сельскому населению и способствуют успешному решению задач по оказанию этой помощи в условиях значительной отдалённости населенных пунктов от районных и центральных районных больниц.

Второй этап. Районные медицинские учреждения: центральная районная и расположенные на территории района так называемые зональные районные больницы с поликлиниками и отделениями скорой и неотложной медицинской помощи, районные диспансеры и другие медицинские учреждения.

Третий этап. Областные медицинские учреждения: областная больница с консультативной поликлиникой и отделением санитарной авиации, диспансеры, стоматологическая поликлиника, психиатрическая больница и др.

Этапность в оказании медицинской помощи сельским жителям преследует цель наиболее полного удовлетворения потребностей населения не только в первичной медико-санитарной помощи, но и по основным видам её и по всем узким специальностям.

Основными задачами СВУ являются:

- оказание лечебно-профилактической помощи населению,
- внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе достижений медицинской науки и техники и передового опыта работы;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения, повышение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения участка, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребёнка;

- изучение причин общей заболеваемости населения и заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих с разработкой мер по её снижению;
- организация и осуществление диспансеризации населения (здоровых и больных), прежде всего детей, подростков, женщин и лиц с повышенным риском заболевания сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими заболеваниями;
- осуществление противоэпидемических мероприятий (прививки, выявление инфекционных больных, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с ними и др.);
- осуществление текущего санитарного надзора за состоянием производственных и коммунально-бытовых помещений, источников водоснабжения, детских учреждений, учреждений общественного питания и др.;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с туберкулёзом, кожно-венерическими болезнями, злокачественными новообразованиями;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, в том числе рационального питания, усилению двигательной активности, борьба с употреблением алкоголя, курением и другими вредными привычками;
- широкое привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по охране здоровья населения.

Основным лечебно-профилактическим учреждением СВУ является участковая больница. Мощность её зависит от численности и агропромышленных предприятий, радиуса обслуживания, расстояния до районной больницы, ЦРБ, а так же от географических и других местных условий.

Различают четыре категории участковых больниц. Больницы I категории имеют мощность 75-100 коек. В них предусматриваются специализированные койки по терапии, хирургии, акушерству, педиатрии, инфекционным болезням. Такие больницы должны быть хорошо оснащены клинико-диагностическим оборудованием. Больницы II категории (50-70 коек) должны иметь койки по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству, инфекционным болезням. В больницах III категории (на 35-50 коек) предусматриваются койки по терапии для взрослых и детей, хирургии, акушерству и инфекционным болезням. В больницах IV категории (на 25-35 коек) должны быть койки по терапии, хирургии и акушерству.

Фельдшерско-акушерский пункт. Это доврачебное медицинское учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь сельскому населению. Медицинский персонал ФАПа осуществляет на закреплённой им территории комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказывает больным первую доврачебную помощь на амбулаторном приёме и на дому. Медицинская

помощь больным оказывается в пределах компетенции и прав фельдшера и акушерки, под руководством участкового врача.

Основными его задачами являются:

- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- своевременное и в полном объёме выполнение назначений врача, организация патронажа детей и беременных, систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов Великой Отечественной войны и ведущих специалистов сельского хозяйства (механизаторов, животноводов и др.);
- проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- проведение мероприятий по снижению смертности, в том числе детской и материнской;
- участие в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населённых пунктов;
- проведение подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактировавших с ними, и лиц с подозрением на инфекционные заболевания;
- извещение санитарно-эпидемиологической станции в установленном порядке об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Стандарты в области искусственного интеллекта в здравоохранении.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №7

Тема: Государственная система охраны материнства и детства. Организация медицинской помощи женщинам вне и во время беременности.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

ОМИД - это система государственных, медицинских и социальных мероприятий направленных на рождение здорового ребенка и поддержание состояние здоровья взрослого населения.

Материнство, детство, семья представляют собой взаимосвязанную систему социальных факторов, в решающей степени определяющих состояние общества и перспективу его прогрессивного развития, связь, нормальную смену и преемственность поколений, подготовленность новых членов общества к полноценной реализации прав и обязанностей человека и гражданина, как и фактическую реализацию этих прав и обязанностей в социальной и частной жизнедеятельности.

Комплекс мероприятий по охране материнства и детства должен обеспечить:

Гарантии гражданских прав женщин и меры поощрения материнства.

Разработку законодательных актов о браке и семье и их реализацию.

Охрану женского труда и трудовой деятельности подростков.

Государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей

Гарантированные системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровья.

Качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.

Материнство, детство, семья представляют собой взаимосвязанную систему факторов, в решающей степени определяющих состояние общества и перспективу его прогрессивного развития. Связь, нормальную смену и преемственность поколений, подготовленность новых членов общества к полноценной реализации прав и обязанностей человека и гражданина, как и фактическую реализацию этих прав и обязанностей в социальной и частной жизнедеятельности.

Медицинская помощь женщинам и детям основывается на общих принципах организации лечебно-профилактической помощи, но имеет более выраженную профилактическую направленность и оказывается поэтапно.

I этап – медицинская помощь будущей матери и подготовка ее к материнству.

II этап – комплекс мероприятий по антенатальной охране плода, осуществляемые специализированными акушерско-гинекологическими учреждениями, общей сетью ЛПУ, санаториями для беременных.

III этап – интранатальная охрана плода – обеспечение помощи в родах в акушерских отделениях роддомов или многопрофильных больниц, или в участковых больницах.

IV этап – лечебная помощь новорожденным в отделениях новорожденных роддомов и отделениях новорожденных детских больниц.

V этап – охрана здоровья детей дошкольного возраста, осуществление профилактических мероприятий.

VI этап – охрана здоровья детей школьного возраста

Учреждения участвующие в системе ОМИД.

Женская консультация – это государственное (муниципальное) ЛПУ, обеспечивающее амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь женщинам, работу по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья населения.

Показатели, характеризующие работу женской консультации:

Полнота охвата беременности диспансерным наблюдением.

Процент женщин, поступивших под наблюдение консультации поздно (при сроке 7мес. и позже).

Среднее число посещений консультации до родов женщинами, родившими в отчётном году.

Среднее число посещений консультации после родов женщинами, родившими в отчётном году.

Процент беременных, у которых беременность закончилась родами.

7.Процент женщин, у которых беременность закончилась преждевременными родами.

Процент женщин, у которых беременность закончилась абортom.

Показатели, характеризующие точность определения срока родов.

Процент женщин, осмотренных терапевтом в сроки до 3 мес. беременности и процент женщин, осмотренных терапевтом дважды.

Частота двукратного осмотра терапевтом:

Вычисляют также процент женщин, страдающих наиболее распространенными видами акушерской патологии, экстрагенитальными заболеваниями, анемией, диабетом, рассчитывается также, показатель перинатальной смертности, мертворождаемости, в том числе произошедшей антенатально. В последние годы в отчет введена графа о числе введенных ВМС.

Родильные дома.

Основными задачами учреждения являются – оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, а также при гинекологических заболеваниях и прерывании беременности, оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в акушерском стационаре.

Основные показатели эффективности деятельности родильного дома.

- - удельный вес родов, принятых вне родильного дома (отношение числа родившихся вне роддома к числу принятых родов)
- - удельный вес женщин с осложненными родами и частота осложнений в послеродовом периоде на 1000 родившихся
- - частота мертворождений (отношение числа родившихся мертвыми к числу всех родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000)

- - частота недоношенности (отношение числа родившихся недоношенными, к общему числу родившихся, умноженное на 100)
- - смертность новорожденных на 1000 (доношенных, недоношенных)
- - перинатальная смертность (отношение суммы числа родившихся мертвыми и числа умерших в первые 168 часов, к числу родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000)
- - материнская смертность (отношение числа умерших беременных, рожениц и родильниц (в течение 42 дней после родов) к числу родившихся живыми, умноженное на 100000).

Материнской смертностью (согласно определению ВОЗ) это смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности, и наступившая в период беременности, или в течение 42 дней после ее окончания, от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Детские поликлиники.

Основные показатели деятельности детской поликлиники:

- Обеспеченность врачебными кадрами (средними мед. работниками):
- число штатных врачебных должностей x 10 000
- общая численность детского населения
- укомплектованность врачами (средними мед. работниками):
- число занятых врачебных должностей x 100
- число штатных врачебных должностей
- участковость:
- число посещений детьми участкового врача x 100
- общее число посещений участковых врачей
- заболеваемость и болезненность (на 1000 населения) в целом по учреждению.
- заболеваемость:
- зарегистрированные случаи с диагнозом, установленным впервые x 1 000
- численность населения в районе обслуживания
- болезненность:
- все зарегистрированные случаи x 1 000
- численность населения в районе обслуживания
- показатель раннего охвата н/р диспансерным наблюдением:
- число детей, пост-х под набл-е, которых врач посетил в первые 3 дня x 100
- число всех н/р, поступивших под наблюдение

показатели деятельности, характеризующие работу с детьми 1-го года жизни:

- а) систематичность наблюдения,
- б) своевременность и полнота проведения проф. прививок,
- в) показатель частоты рахита, гипотрофии (2-3 ст.).
- г) частота грудного вскармливания,

д) частота ни разу не болевших детей ("индекс здоровья").

Центры планирования семьи. Основные направления деятельности центра планирования семьи – это организационно-методическая и лечебно-профилактическая.

Перинатальные центры. Центр призван осуществлять перинатальную диагностику угрожаемых и патологических состояний матери и плода, проводить при показаниях корригирующую терапию, родоразрешать женщин с «высоким риском» перинатальной патологии, своевременно диагностировать патологические состояния и выполнять интенсивную терапию новорожденных, в т.ч. недоношенных, а также реабилитационные мероприятия в амбулаторном отделении. Перинатальные центры организуются на территории с населением 500 тыс. человек и более.

Инвалидность у детей - это значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации и контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Процент женщин, поступивших под наблюдение женской консультации своевременно.

Приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг О внедрении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и организации акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае. Регилирует этапность и маршрутизацию беременных женщин в зависимости от рисков неблагоприятного течения беременности и родов. Пример на рисунках 1 и 2. Женщин с гинекологическими заболеваниями.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Искусственный интеллект в медицине России.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №8

Тема: Государственная система охраны материнства и детства. Организация медицинской помощи детям.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

ПМСП и специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях детскому населению оказывает детская поликлиника, которая может быть самостоятельной или структурным подразделением объединенной детской больницы. В районе прикрепления детская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 14 лет включительно (14 лет 11 мес 29 дней). Оказание медицинской помощи предусмотрено в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях и школах (75-85% детей начинают и заканчивают лечение в условиях детской поликлиники).

Работа детской поликлиники строится в соответствии с общими принципами лечебно-профилактической помощи (участковый принцип обслуживания и диспансерный метод работы). На педиатрическом участке обычно не более 700-800 детей от рождения до 14 лет включительно. Несмотря на значительное увеличение объема специализированной помощи в детской поликлинике (хирург, ортопед-травматолог, отоларинголог, психоневролог, офтальмолог, аллерголог и др.), ведущей фигурой остается участковый педиатр, на которого приходится более 60% всех посещений в поликлинике и более 90% всех посещений ребенка на дому.

В задачи участкового педиатра, кроме оказания лечебной помощи, входит профилактическая работа со здоровыми детьми и детьми с хронической патологией, а также нуждающимися в диспансерном наблюдении. Участковый педиатр должен знать особенности развития и формирования здорового ребенка, условия воспитания здорового ребенка, вопросы профилактики заболеваний и неблагоприятного их течения, особенно в раннем возрасте, роль и значение условий и образа жизни семьи в формировании здорового образа жизни. По существу хороший участковый педиатр - это детский семейный врач.

Участковый педиатр обязан поддерживать постоянную связь с акушерско-гинекологическими учреждениями и обеспечивать преемственность в наблюдении за новорожденными, особенно при наличии факторов риска.

Профилактическая работа в детской поликлинике со здоровыми детьми включает в себя профилактические осмотры участковым педиатром, с рекомендациями родителям по питанию, уходу за детьми, их физическому воспитанию, закаливанию; осмотры врачами-специалистами; проведение лабораторно-диагностического обследования и профилактических прививок.

Комплексные медицинские осмотры дают возможность выявить заболевание на ранней стадии, своевременно провести лечение и соответственно предотвратить развитие хронического процесса.

По результатам комплексных медицинских осмотров определяется группа здоровья у каждого ребенка. Особое внимание должно быть уделено часто (4 заболевания в год и более) и длительно (более 40 дней в году)

болеющим детям, поскольку у них чаще развиваются различные хронические заболевания. Дети 3-5-й групп здоровья, имеющие хроническое заболевание различной стадии компенсации, находятся под диспансерным наблюдением педиатра и соответствующих врачей-специалистов.

Профилактическая работа как со здоровыми, так и с больными детьми включает в себя санитарно-просветительную деятельность, гигиеническое воспитание, эффективность которых в значительной мере определяются наглядностью и убедительностью. Санитарно-просветительные беседы проводятся и на приеме в поликлинике, и при посещении на дому, и на специальных занятиях. Большую роль в санитарно-просветительной работе играют кабинеты здорового ребенка, где родителей обучают основным правилам воспитания здорового ребенка, пропагандируют основы здорового образа жизни.

В 1952-1953 гг. в нашей стране была введена работа врача по системе "единого педиатра", когда ребенок от рождения до 14 лет включительно наблюдается участковым педиатром в детской поликлинике. До 1953 г. дети первых 3 лет жизни наблюдались микропедиатром, работающим в детской консультации, а дети старше 3 лет - макропедиатром в детской поликлинике. Внедрение системы "единого педиатра" позволило ввести динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей (до 14 лет включительно), но увеличило число контактов детей раннего возраста с более старшими детьми, что, естественно, способствовало росту заболеваемости. В связи с этим в работе детской поликлиники появился ряд принципиальных особенностей.

Во-первых, детскую поликлинику должны посещать только здоровые дети или страдающие хроническим заболеванием и не представляющие опасности в смысле распространения инфекции. Заболевшим детям медицинская помощь должна оказываться на дому до выздоровления.

Во-вторых, при посещении детской поликлиники все дети должны проходить через фильтр, где, как правило, дежурит опытная медсестра. При опросе она выясняет состояние здоровья ребенка и причины посещения им поликлиники, осматривает его кожу и зев, при необходимости осуществляет термометрию и решает вопрос о возможности посещения поликлиники ребенком. В случае необходимости ребенка направляют в бокс, где его осматривает дежурный врач.

В-третьих, детей первых лет жизни, наиболее подверженных различным заболеваниям, целесообразно принимать в определенные дни недели.

В детской поликлинике есть школьно-дошкольное отделение, штаты которого устанавливают из расчета 1 педиатр на 180-200 детей ясельного возраста; на 600 детей дошкольного возраста; на 2000 детей школьного возраста; на 200 детей в санаторных яслях; на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах. Одна должность медицинской сестры предусмотрена на 100 детей, воспитывающихся в детских садах; на 700 детей, обучающихся в школах; на 50 детей, воспитывающихся в санаторных детских садах; на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах.

Рабочие места этих сотрудников находятся в соответствующих учреждениях, где организуют медицинское наблюдение за детьми, а в самой детской поликлинике находится кабинет заведующего школьно-дошкольным учреждением. К сожалению, низкая заработная плата медицинских работников не позволяет укомплектовать штаты детской поликлиники и соответственно обеспечить полноценную работу медицинского персонала в школьных и дошкольных учреждениях.

Важным принципом работы детской поликлиники является оказание лечебной помощи детям с острыми заболеваниями на дому. Во время посещения больного ребенка на дому педиатр ставит предварительный диагноз заболевания, определяет тяжесть состояния ребенка, решает вопрос о возможности лечения на дому или в условиях стационара.

При организации стационара на дому поликлиника обеспечивает больного бесплатными медикаментами, при необходимости организует пост медицинской сестры или посещения медицинской сестрой несколько раз в день; врач посещает ребенка по показаниям, но не реже 1 раза в день до выздоровления.

Большой объем медицинской помощи на дому осуществляет врач скорой медицинской помощи. Ему, как правило, приходится сталкиваться с довольно тяжелой патологией, поскольку вызовы поступают по поводу внезапного заболевания (гипертермия, боли в животе, рвота, травмы, отравление и т.д.). В ряде случаев заболевшие дети нуждаются в госпитализации.

В последнее время развивается специальность "семейный врач" - ВОП, который наблюдает за здоровьем всех членов семьи - детей и взрослых.

Детские больницы

Эти больницы различают по профилю (многопрофильная и специализированная), по системе организации (объединенная и необъединенная), по объему деятельности (различная коечная мощность). Детская больница включает в себя профильные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное), которые, в свою очередь, подразделяются на отделения по возрасту до 3 лет и по полу среди детей старше 3 лет. Кроме того, в больнице имеются лабораторно-диагностическая служба, патолого-анатомическое отделение.

Приемное отделение в детских больницах состоит из приемно-смотровых боксов, число которых должно составлять не менее 3% общего числа коек больницы. Кроме того, при приеме детей необходимо иметь сведения из санэпидотдела (санэпидцентра) о наличии или отсутствии контактов с больными инфекционными заболеваниями и от педиатра - о перенесенных детских инфекциях. Это позволяет правильно решить вопрос о госпитализации ребенка. В целях ограничения распространения внутрибольничной инфекции целесообразно предусматривать палаты для детей до 1 года на 1-2 койки, а для более старших детей - не более чем на 4 койки.

Не меньшее внимание в детских больницах должно уделяться питанию; особое внимание уделяют питанию детей первых лет жизни. Режим дня должен соответствовать возрасту ребенка. Воспитательная и педагогическая работа с больными детьми является неотъемлемой частью лечебно-профилактической деятельности стационара и направлена на создание лечебно-охранительного режима. Матерей следует привлекать к уходу за детьми и шире практиковать госпВ процессе реформирования здравоохранения РФ сокращается число коек не только для взрослых, но и в детских больницах, особенно в инфекционных. В то же время происходит некоторое увеличение числа специализированных коек.

Особое место в воспитании здорового ребенка принадлежит системе общественного воспитания и медицинской помощи в дошкольных учреждениях и школах. Все подобные учреждения подразделяются в зависимости от возраста, состояния здоровья детей и социального положения семьи. Типовым учреждением по воспитанию детей дошкольного возраста является детское дошкольное учреждение ясли-сад.

Существуют учреждения открытого типа (детские ясли, сады и школы), в которых дети проводят часть дня, и закрытого типа (дом ребенка, детский дом и школа-интернат), где дети относительно долго (или постоянно) находятся без родителей. Учреждения закрытого типа предназначены для воспитания и обучения детей-сирот, детей одиноких матерей, подкинутых детей, а также тех детей, родители которых лишены родительских прав.

Врач-педиатр, осуществляющий медицинскую помощь детям в подобных учреждениях, должен:

- осматривать всех вновь поступающих детей и рекомендовать комплекс медико-педагогических мероприятий, направленных на скорейшую их адаптацию;
- проводить лабораторно-диагностическое обследование детей;
- осуществлять постоянный медицинский контроль за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием детей;
- обеспечить проведение профилактических прививок;
- организовать комплексные осмотры врачами-специалистами;
- принимать активное участие в распределении детей на группы и классы в соответствии с анатомо-физиологическими и нервно-психическими особенностями;
- проводить комплекс профилактических мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний.

Среди мероприятий по снижению заболеваемости детей необходимо большое внимание уделять профилактике тяжело протекающей адаптации к дошкольному учреждению.

Медицинская помощь женщинам и детям, проживающим в сельской местности, как и всему населению, оказывается поэтапно.

На 1-м этапе (сельский врачебный участок) обеспечивается в основном профилактическая, противоэпидемическая и в небольшом объеме - лечебная

помощь детям. ФАП обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь в основном беременным и детям первых лет жизни. В этих учреждениях работают фельдшер или патронажная медицинская сестра. В стационар сельской участковой больницы госпитализируют в основном детей с легкими формами заболевания; в тяжелых случаях помощь оказывают в ЦРБ (маломощные сельские участковые больницы недостаточно обеспечены врачами-педиатрами, и помощь детям нередко оказывает терапевт).

На 2-м этапе медицинская помощь детям всего района оказывается в ЦРБ. Работой больницы руководит районный педиатр, а в крупных районах вводится должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению. В соответствии с рекомендациями специалистов в ЦРБ целесообразно сосредоточить около 70% всего коечного фонда для детей, около 10% - в участковой больнице, а оставшиеся 20% коек предусмотреть для госпитализации детей в областном центре (3-й этап).

На педиатров и акушеров областного центра, кроме обеспечения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, возлагаются функции кураторов проведения организационно-методической и лечебно-консультативной работы в сельских районах.

Одной из важных и далеко не решенных проблем остается организация медицинской помощи подросткам. В последнее время оказание амбулаторно-поликлинической помощи возлагается на детские поликлиники, следовательно, на врачей-педиатров. До этого при поликлиниках для взрослых функционировали подростковые кабинеты, но при ряде поликлиник они не сохранились.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Медицина и искусственный интеллект – опасная связь?

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №9

Тема: Организация медико-социальной экспертизы. Инвалидность.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Медико-социальная экспертиза проводится в бюро медико-социальной экспертизы в соответствии с целями, указанными в направлении на МСЭ или заявлении о проведении МСЭ.

Медико-социальная экспертиза может проводиться с личным присутствием гражданина, в том числе с выездом по месту нахождения гражданина, без личного присутствия, а также дистанционно (в случае обжалования решения).

Медико-социальная экспертиза с личным присутствием гражданина проводится путем опроса, осмотра и обследования гражданина специалистами при необходимости с использованием специального диагностического оборудования, изучения представленных документов, анализа имеющихся в направлении на медико-социальную экспертизу данных о состоянии здоровья гражданина, отражающих степень нарушения функций органов и систем организма, состояние компенсаторных возможностей организма, сведений о результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, сведений о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза без личного присутствия гражданина проводится путем изучения представленных документов, анализа имеющихся в направлении на медико-социальную экспертизу данных о состоянии здоровья гражданина, отражающих степень нарушения функций органов и систем организма, состояние компенсаторных возможностей организма, сведений о результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, сведений о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы.

В некоторых случаях (невозможность удостовериться в полноте и достоверности сведений, содержащихся в представленных документах; выявление несоответствий между данными исследований и заключениями специалистов, направляющих гражданина на медико-социальную экспертизу, о степени выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами; необходимость обследования гражданина с применением специального диагностического оборудования, специальных медико-социальных экспертных методик и технологий для уточнения структуры и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, функциональных нарушений, реабилитационного потенциала; если целью медико-социальной экспертизы гражданина, ранее признанного инвалидом, является разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида

(ребенка-инвалида), за исключением случаев необходимости изменения персональных данных инвалида (ребенка-инвалида) и устранения технических ошибок (описок, опечаток, грамматических или арифметических ошибок либо подобных ошибок); если гражданин является получателем социальных услуг в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания) медико-социальная экспертиза проводится только очно.

Условиями признания лица инвалидом является:

1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

3) необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

В проведении медико-социальной экспертизы гражданина по приглашению руководителя учреждения МСЭ могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля.

Гражданин (его представитель) имеет право пригласить любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы с правом совещательного голоса.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, составляется программа дополнительного обследования.

Программа дополнительного обследования предусматривает проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской организации, в организации, осуществляющей деятельность по реабилитации и абилитации инвалидов, в главном бюро или в Федеральном бюро с использованием специального диагностического оборудования, получение консультации главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина, получение заключения психолого-медико-педагогической комиссии о рекомендуемых условиях обучения, выписки из протокола (карты) патолого-анатомического исследования и другие мероприятия.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты учреждения МСЭ принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

В случае отказа гражданина (его представителя) от дополнительного обследования и предоставления необходимых документов решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая отметка в протоколе проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы.

Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу очно (его представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

В случае признания гражданина инвалидом ему выдаются справка и индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

В случае отказа в установлении инвалидности формируется выписка о результатах.

Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется учреждением МСЭ в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение.

Гражданин имеет право ознакомиться с медико-экспертными документами, сформированными при проведении медико-социальной экспертизы.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Риски применения искусственного интеллекта в медицине.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №10

Тема: Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Экспертиза временной нетрудоспособности – это вид экспертизы граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу (ч.1 ст.59 закона №323).

Осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности, при наличии лицензии на экспертизу временной нетрудоспособности, в соответствии с пунктом 46 ч.1 ст.12 ФЗ от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», ч.2 ст.59 закона №323 и приказов Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2011 г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» (далее-приказ №624н) и от 24.01.2012 г. №31н «О внесении изменений в Порядок выдачи листков нетрудоспособности, утвержденный приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее -МЗ и СР РФ) от 29.06.2011г. №624н» имеют право только:

- **лечащие врачи** медицинских организаций; клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования и протезостроения;
- **фельдшеры и зубные врачи** медицинских организаций в случаях установленных органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 3 приказа №624н **не выдают листки нетрудоспособности** медицинские работники:

- организаций скорой медицинской помощи,
- организаций переливания крови,
- приемных отделений больничных учреждений,
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц,
- медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской

экспертизы),

- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей.

Выделяют следующие уровни экспертизы временной нетрудоспособности:

- Первый - лечащий врач (в отдельных случаях фельдшер или зубной врач).
- Второй - врачебная комиссия (ВК) медицинской организации.
- Третий - комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Российской Федерации.
- Четвёртый - комиссия органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.
- Пятый - главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На медико-социальную экспертизу (МСЭ) направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, **по заключению врачебной комиссии**. Направление оформляется в соответствии с формой №088/у-06 «Направление на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (ч.1 п.27 приказа №624н).

Примерная тематика НИРС по теме

1. Руководящие принципы разработки и использования искусственного интеллекта.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)

Практическое занятие №11

Тема: Контроль за качеством оказания медицинской помощи. (В интерактивной форме).

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Не высокая средняя продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте, определяют стратегическое значение для государства реализации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья населения. Эффективность данных мероприятий возможна только при научном комплексном подходе к их разработке.

Формируемые компетенции: ПК-6.1, ПК-9.1, УК-7.1, УК-7.2.

Место проведения и оснащение практического занятия: Аудитория № 1 – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	20.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	90.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	20.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме

	ВСЕГО	180	
--	-------	-----	--

Аннотация (краткое содержание темы):

Контроль качества медицинской помощи направлен на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ и ФФОМС N 363/77 от 24.10.96 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации" и положением о контроле качества медицинской помощи, утверждаемым на территории субъекта Российской Федерации.

Различаются следующие виды контроля качества медицинской помощи:

1. Ведомственный контроль качества медицинской помощи производится в соответствии с положением о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации.

Результаты ведомственного контроля качества медицинской помощи могут использоваться и сопоставляться с данными вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.

2. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи за деятельностью учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, а также частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) осуществляется на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи следующими представителями:

1. лицензионно-аккредитационные комиссии;
2. страховые медицинские организации;
3. территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случаях выполнения ими функции страховщика);
4. страхователи;
5. исполнительные органы Фонда социального страхования РФ;
6. профессиональные медицинские ассоциации;
7. общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- предупредительного контроля;
- контроля результата;
- целевого контроля;
- планового контроля;
- повторного контроля (медэкспертиза).

Страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (выполняющие функции страховщика) осуществляют вневедомственный контроль за объемом, сроками и качеством медицинской помощи, оказанной застрахованному в системе обязательного медицинского страхования.

При выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской и лекарственной помощи, санитарных правил и норм органы здравоохранения, страховые медицинские организации, а также территориальные фонды обязательного медицинского страхования используют свои права по защите интересов застрахованных.

Виды нарушений при оказании медицинской и лекарственной помощи застрахованным

1. Невыполнение или ненадлежащее выполнение условий договора на предоставление лечебно - профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Выставление счета за фактически не оказанную услугу (случай медицинской помощи).

Неоднократное включение в счет одной и той же медицинской услуги.

Выставление счета за услуги, не предусмотренные программой ОМС и лицензией медицинского учреждения, а также за действия, не являющиеся отдельно оплачиваемой медицинской услугой при принятом порядке оплаты.

3. Оказание застрахованному медицинской помощи ненадлежащего качества:

- - невыполнение, несвоевременное или некачественное выполнение необходимых пациенту диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий (исследования, консультации, операции, процедуры, манипуляции, трансфузии, медикаментозные назначения и т.д.);
- - необоснованное (без достаточных показаний или при наличии противопоказаний) проведение диагностических, лечебных,

профилактических, реабилитационных мероприятий, приведшее к диагностической ошибке, выбору ошибочной тактики лечения, ухудшению состояния пациента, осложнению течения заболеваний или удлинению сроков лечения.

4. Нарушения в работе медицинских учреждений, наносящие ущерб здоровью застрахованных:

- - заболевания (травмы, ожоги) и осложнения, возникшие в период пребывания пациента в медицинском учреждении по вине медицинских работников, потребовавшие оказание дополнительных медицинских услуг, в том числе:
- - внутрибольничное инфицирование, связанное с неправильными действиями медицинского персонала;
- - осложнения после медицинских манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанные с дефектами их выполнения или недоучетом противопоказаний.

5. Преждевременное (с клинической точки зрения) прекращение лечения, приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнения, обострению, утяжелению течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников), в том числе:

- - преждевременная выписка больного, повлекшая повторную госпитализацию, или удлинение периода реконвалесценции, или хронизацию заболевания, или другие неблагоприятные последствия;
- - преждевременное прекращение врачебного наблюдения в амбулаторных условиях и др.

6. Другие нарушения, ущемляющие права застрахованных, гарантированные ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Понятие вреда (ущерба) при некачественном оказании медицинской помощи

Вред (ущерб) - это реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью застрахованного, а также упущенная им выгода, связанные с действием или бездействием работников учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) при оказании медицинской и (или) лекарственной помощи и

подлежащие возмещению.

Вред (ущерб) может быть материальный и моральный.

Ответственность медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей за вред (ущерб), причиненный застрахованным пациентам при некачественном оказании медицинской помощи

Основанием для предъявления претензий или иска по возмещению вреда (ущерба) для страховой медицинской организации является акт результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Согласно ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред (ущерб), причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Учреждения здравоохранения, независимо от форм собственности, а также частнопрактикующие врачи (специалисты, работники), участвующие в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за вред (ущерб), причиненный застрахованным гражданам их врачами либо другими работниками здравоохранения.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно - следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) работников учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) и наступившими последствиями у застрахованного пациента.

В случае, когда медицинскую помощь ненадлежащего качества оказали несколько учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) либо действия самого пациента оказали влияние на качество медицинской помощи, наступает смешанная ответственность. При смешанной ответственности ее размер определяется соответственно степенью вины каждой из сторон.

Возмещение вреда (ущерба) при некачественном оказании медицинской помощи

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред (ущерб), причиненный личности (в системе обязательного медицинского страхования - застрахованному), подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ущерб).

Законом обязанность возмещения вреда (ущерб) может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда (ущерб).

Возмещение вреда (ущерб) состоит в выплате потерпевшему денежной суммы, которую он произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного здоровья в связи с оказанием ему некачественной медицинской или лекарственной помощи, а также возмещением упущенной выгоды и морального ущерба.

Лица, совместно причинившие вред (ущерб), отвечают перед потерпевшим солидарно (ст. 1080 ГК РФ).

В случае, когда лицо возместило вред (ущерб), причиненный другим лицом, оно имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом (ст. 1081 ГК РФ).

Размер возмещения вреда (ущерб) при некачественном оказании медицинской помощи

Размер возмещения зависит от величины понесенных на лечение расходов, длительности нетрудоспособности застрахованного, результата (выздоровление, хронизация полученного заболевания либо травмы, инвалидность, смерть застрахованного), а для работающего - также от степени утраты трудоспособности и размера утраченного заработка (дохода).

Размер возмещения определяется на основании счетов соответствующих организаций и других документов либо согласно ценам, сложившимся в той местности, в которой потерпевший понес эти расходы, а также документов, подтверждающих размер утраченного заработка.

Суммы возмещения вреда (ущерб) подлежат индексации в связи с повышением стоимости жизни в установленном законом порядке.

Потерпевшему, нуждающемуся в нескольких видах помощи, возмещаются расходы, связанные с получением каждого вида помощи.

В денежные суммы, компенсирующие вред (ущерб), нанесенный застрахованному гражданину, входят расходы на его обследование и лечение, в т.ч. санаторно - курортное, уход за потерпевшим, протезирование, приобретение и ремонт специальных транспортных средств, профессиональное переобучение и другие расходы, связанные с устранением

последствий нанесенного ему вреда (ущерба), если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и не имеет права на их бесплатное получение.

Кроме того, возможно возмещение морального ущерба (определяется только судом).

Согласно ст. 1094 ГК РФ лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается.

Механизм возмещения вреда (ущерба) при некачественном оказании медицинской помощи

Существуют досудебный и судебный способы защиты прав застрахованных. При этом возможно осуществление защиты нарушенного права как страховщиком, так и самим застрахованным.

Возмещение материального вреда (ущерба) осуществляется как в добровольном порядке, так и по решению суда.

Если застрахованному причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), то только суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Досудебная защита прав застрахованных

В соответствии с действующим законодательством страховая медицинская организация (территориальный фонд обязательного медицинского страхования, выполняющий функции страховщика) обязаны защищать интересы застрахованных граждан.

При обращении застрахованного по поводу некачественного оказания медицинской помощи страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, направить заявление застрахованного вместе с необходимыми документами в учреждение здравоохранения.

В заявлении должны быть указаны время, место, обстоятельства причинения материального вреда (ущерба), лицо, виновное в причинении вреда, заявляемый размер ущерба. При наличии подтверждающих документов они должны быть приложены к заявлению.

Заявление пострадавшего либо его представителя должно

быть рассмотрено руководителем учреждения здравоохранения или частнопрактикующим врачом не позднее 10 дней со дня его поступления.

С целью более объективного рассмотрения заявления обе стороны вправе запросить и использовать заключения экспертов.

При достижении обоюдного согласия между руководителем учреждения здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующим врачом (специалистом, работником) и представителем застрахованного пациента выносится решение о выплате потерпевшему суммы возмещения материального вреда (ущерба).

Решение о выплате ущерба оформляется приказом руководителя учреждения здравоохранения. Приказ должен быть мотивированным, в нем указываются: дата нанесения ущерба; гражданин, которому устанавливается возмещение ущерба; размеры возмещения и сроки выплаты.

Копия приказа о возмещении материального ущерба вручается застрахованному пациенту.

Материальный вред возмещается в виде денежной выплаты.

Учреждение здравоохранения производит возмещение вреда (ущерба) в виде выплаты денежной суммы на открытый пациентом счет в банке.

При отсутствии согласия между сторонами пациенту вручается мотивированный отказ. При получении мотивированного отказа страховщик (представитель застрахованного) вправе обратиться в суд.

В случае защиты нарушенного права самим застрахованным либо его представителем предъявляется претензия учреждению здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующему врачу (специалисту, работнику).

Процедура рассмотрения и принятия решения учреждением здравоохранения, независимо от форм собственности, либо частнопрактикующим врачом (специалистом, работником) аналогична процедуре, когда защита прав застрахованного осуществляется страховщиком.

Досудебная защита прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования может осуществляться также посредством третейского суда, который создается по соглашению сторон, участвующих в споре.

Решение третейского суда является обязательным для сторон, участвующих в споре, однако не исключает последующее обращение одной из сторон в суд общей юрисдикции.

При наличии решения третейского суда страховщик вправе возместить вред (ущерб) застрахованному самостоятельно за счет средств, выделенных на оплату медицинской помощи, оказываемой населению.

При этом страховщик перечисляет финансовые средства в размере, определенном третейским судом, на личный счет застрахованного.

В последующем данная сумма вычитается из суммы выплаты учреждению здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующему врачу (специалисту, работнику) за оказанные медицинские услуги.

Судебная защита прав застрахованных

При получении застрахованным пациентом отказа в возмещении вреда (ущерба) пациент либо его представитель вправе обратиться в суд.

При судебном способе защиты прав застрахованных страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, оказать содействие застрахованному в оформлении претензии и иска к учреждению здравоохранения или частнопрактикующему врачу и направить заявление застрахованного пациента вместе с необходимыми документами в суд.

К заявлению застрахованного прикладываются результаты экспертизы страховой медицинской организации.

Суд рассматривает иск о возмещении вреда (ущерба) застрахованным пациентам и выносит по ним решения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае удовлетворения требования о возмещении вреда (ущерба) суд в соответствии с обстоятельствами дела обязывает виновного в причинении вреда (ущерба) возместить причиненные убытки.

В своем решении о денежном возмещении вреда (ущерба) суд указывает согласно ст. 1101 ГК РФ размеры и сроки возмещения. Размер компенсации морального вреда (ущерба) определяется

судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя ущерба (вреда). При определении размера компенсации морального вреда (ущерба) должны учитываться требования разумности и справедливости.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Организация медицинской помощи женщинам вне и во время беременности.

Основная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение : нац. рук. / ред. В. И. Стародубов, О. П. Щепин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. : ил. - (Национальные руководства). - ISBN 9785970429099 : 1232.00

Электронные ресурсы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://www.rosminzdrav.ru/>)
2. Оценка проблем демографии и здоровья населения (<http://demoscope.ru/weekly/knigi/books.php>)
3. Правовой навигатор по организации здравоохранения (<http://mednet.ru/ru/pravovoj-navigator.html>)