

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Кафедра управления и экономики здравоохранения ИПО

**Общественное здоровье и здравоохранение,
экономика здравоохранения**

**Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по
специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения)**

Красноярск

2018

Общественное здоровье и здравоохранение,
экономика здравоохранения : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной)
работе по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения) / сост. А.В. Беляева, В.С. Денисов, К.М.
Короткова, Е.А. Приходько, М.В. Шубкин, А.В. Шульмин. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018.

Составители:

преподаватель А.В. Беляева
к.м.н. В.С. Денисов
ассистент К.М. Короткова
к.м.н., доцент Е.А. Приходько
к.м.н. М.В. Шубкин
д.м.н., профессор А.В. Шульмин

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с
ФГОС ВО 2016 по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины
(2016 г.) и СТО СМК 7.5.03.17. Выпуск 4.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от 25 июня 2018 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2018

1. Тема № 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания. Оценка качества жизни. Ролевая игра. (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-17, ОПК-5, ПК-1, ПК-2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. 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.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., системный подход к анализу медицинской информации, с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности., **уметь** определять понятия общественное и индивидуальное здоровье и факторов на них влияющих., **владеть** методикой разработки мероприятий по управлению факторами влияющими на общественное здоровье.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Важность активного долголетия для развития общества определяет приоритетность направления сохранения и укрепления здоровья населения в государственной политике.

Согласно "Конституции Российской Федерации"

Статья 7

1. Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

2. **В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей**, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

Статья 41

1. **Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.** Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. **В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения**, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

1. **Здоровье как объект службы здравоохранения.**

Уровни здоровья:

2. **Здоровье отдельного человека - индивидуальное.**

3. **Здоровье групп людей - коллективное.**

- **Здоровье малых групп (социальная, этническая, профессиональная принадлежность).**
- **Здоровье населения по принадлежности к административно-территориальной единице (население города, села, района).**
- **Общественное здоровье - здоровье общества, популяции в целом (государственный, общемировой масштаб).**

1. **Определение понятия - здоровье индивидуума.**

В устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) включено определение здоровья как состояния полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Согласно Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации"

1) здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

2) охрана здоровья граждан (далее - охрана здоровья) - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

3) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Основные принципы охраны здоровья:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

3) приоритет охраны здоровья детей;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

Индивидуальное здоровье оценивается по субъективным (самочувствие, самооценка) и объективным (отклонение от нормы,отяжеленная наследственность, наличие генетического риска, резервные возможности, физическое и психическое состояние) критериям.

Согласно Приказа Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Для определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование;

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта ;

IIIа группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании ;

По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена. При наличии у пациента и хронических неинфекционных заболеваний, и других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в IIIa группу состояния здоровья.

IIIб группа состояния здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с IIIa и IIIб группами состояния здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам с IIIa группой состояния здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, и гражданам с IIIб группой состояния здоровья, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и (или) групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте.

2. Определение понятия - общественное здоровье.

Общественное здоровье является производным от здоровья индивидуумов, его составляющих, однако не является их простой суммой. Общество представляет собой социальный организм и его здоровье является фактором, определяющим эффективность создания всей совокупности материальных и духовных ценностей.

Общественное здоровье - медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности.

Здоровье населения - медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определённых социальных общностей.

Если выше перечисленные определения делают акцент на благополучии людей и ресурсной значимости то, представленной ниже дефиниции сделан упор на факторы обуславливающие здоровье населения.

Общественное здоровье — это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, питание, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение).

Основу оценки состояния общественного здоровья составляет учет и анализ:

- **числа случаев заболеваний, травм и отравлений выявленных впервые или обострившихся случаев хронической патологии;**
- **числа инвалидов впервые установленных и всего состоящих на учете;**
- **числа случаев смерти;**
- **данных физического развития.**

В зависимости от причин и степени нарушения здоровья различается периодичность и детальность учета и оценки. Например, при регистрации особо опасных инфекций мониторинг ситуации может идти ежедневно, тогда, как традиционным оценочным периодом времени является год. Анализ редких причин болезни и смерти (материнская смертность) требует накопление данных за несколько лет. В большинстве случаев **при оценке коллективного здоровья требуется разделение на группы риска в зависимости от пола, возраста, места жительства, стажа работы, длительности контакта с болезнетворным агентом других признаков агрегации.**

3. Факторы, обуславливающие здоровье населения.

Факторы риска – это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

В отличие от непосредственных причин возникновения и развития заболеваний, факторы риска создают неблагоприятный фон, т.е. способствуют возникновению и развитию заболевания. Однако следует учитывать, что эти категории тесно взаимосвязаны друг с другом.

Ю.П. Лисицин (1989 г.) определил, что влияние факторов определяющих здоровье соотносится в следующей пропорции:

- на долю образа жизни приходится 50-55%;
- на внутренние наследственно-биологические факторы (предрасположенность к наследственным заболеваниям) - 18-22%;
- на факторы окружающей среды (загрязнение воздуха, воды, почвы канцерогенными и другими вредными веществами, резкая смена атмосферных явлений, радиационное излучение, географическое расположение местности) - 17-20%;
- уровень развития ЗО (обеспечение населения лекарственными препаратами, качество и своевременность оказания медицинской помощи, развитие материально- технической базы, проведение профилактических мероприятий) - 8-12 процентов.

В соответствии с общепринятой классификацией факторов риска, **выделяют главные, или большие факторы риска как условия, обстоятельства, конкретные причины, более других ответственные за возникновение и развитие болезней.**

Большинство таких факторов риска зависит от поведения, образа жизни и условий жизни людей.

3.1. Образ жизни - главный фактор, обуславливающий здоровье.

Образ жизни квалифицируется как система наиболее существенных, типичных характеристик способа деятельности или активности людей, в единстве ее количественных и качественных сторон, являющихся отражением уровня развития производительных сил и производственных отношений.

Основными характеристиками образа жизни являются следующие: физическая и интеллектуальная активность, образовательный и культурный уровень, рациональность питания, наличие вредных привычек (курения, употребления алкоголя), употребление наркотиков, стрессовые ситуации, семейные отношения, межличностные отношения (Ю.П. Лисицын, 1992).

Образ жизни и условия жизни – фундаментальные понятия, при этом «образ жизни» отвечает на вопрос, как, каким образом человек думает, ведет себя, действует, а «условия жизни» отвечают на вопрос, что или кто человека окружает, в каких условиях он живет, работает, действует, т. е. формирует образ жизни (Лисицын Ю.П., 1999). Следовательно, условия жизни – по существу все опосредствующие и обуславливающие образ жизни факторы.

Образ жизни обобщает, включает в себя четыре категории: экономическую – «уровень жизни», социологическую – «качество жизни», социально-психологическую – «стиль жизни» и социально-экономическую – «уклад жизни».

1. Уклад жизни это условия, в которых происходит жизнедеятельность людей (общественная и культурная жизнь, быт, трудовая деятельность).
2. Стиль жизни - индивидуальные особенности поведения, проявления жизнедеятельности, активности, образа и стиля мышления.
3. Уровень жизни - характеризует размер и структуру материальных потребностей человека (количественная категория).
4. **Качество жизни (КЖ) понятие многомерное в своей основе, многофакторное и в широком смысле определяется как степень возможности реализации материальных и духовных потребностей человека.**

По определению Минздрава РФ качество жизни это категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации.

Определение ВОЗ (1999): Качество жизни – оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

Ролевая игра «Факторы риска заболеваний и информационно-просветительская деятельность врача в повседневной работе».

Условия игры: Необходимо провести анализ заболеваемости и смертности населения. Разобрать основные факторы влияющие на здоровье населения и возможности врача повлиять на здоровье пациента путем информирования и просвещения.

1. Распределить учащихся на несколько групп.
2. Проанализировать факторы риска для здоровья.
3. Каждой группе необходимо разработать и провести публичное информационно-просветительское мероприятия направленные на профилактику одного из социально-значимых заболеваний.
4. Совместно оценить каждое выступление по критериям доступности излагаемого материала, технологий и методик используемых для придания значимости и наглядности мероприятия.
5. Провести проблемную дискуссию по изучаемой теме.
6. Подвести итоги.

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите уровни анализа состояния здоровья
2. Обоснуйте, какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее полно характеризует его?
3. Обоснуйте, какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее приемлемо в практической деятельности врача?
4. Перечислите основные принципы здравоохранения?
5. По каким критериям осуществляется оценка индивидуального здоровья?
6. Каковы критерии распределения населения по группам здоровья при комплексной оценке индивидуального здоровья?
7. Дайте определение общественному здоровью.
8. Перечислите основные составляющие оценки общественного здоровья?

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ::
 - 1) Изучение - влияния социальных факторов на здоровье населения отдельного человека;
 - 2) Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;
 - 3) Снижение стоимости медицинской помощи, повышение доступности и качества лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;
 - 4) Повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;
2. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ::
 - 1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения;
 - 2) самообеспечение граждан в случае утраты здоровья;
 - 3) платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов;
 - 4) расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах;
3. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ::
 - 1) миграция населения;
 - 2) уровень развития здравоохранения;
 - 3) уровень образования и культуры;
 - 4) уровень инвалидности;
4. САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ЭТО::
 - 1) специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью увеличение индекса здоровья;
 - 2) специальная область науки и здравоохранения, изучающая поведение людей в состоянии предболезни;
 - 3) специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива индивидуума и общества в целом;
 - 4) специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение готовности платить за медицинскую помощь коллектива индивидуума и общества в целом;
5. НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СРЕДИ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ПРИХОДИТСЯ::
 - 1) на генетические (наследственные);
 - 2) на факторы внешней среды;
 - 3) на образ жизни;
 - 4) на уровень развития здравоохранения;
6. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ::
 - 1) наследственность;
 - 2) состояние окружающей среды;
 - 3) образ жизни;
 - 4) состояние здравоохранения;
7. СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОБРАЗ ЖИЗНИ::
 - 1) занимает 3-е место;
 - 2) является основным;
 - 3) не влияет на здоровье;
 - 4) влияет на здоровье меньше других основных факторов;

8. СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- 1) занимает 1 место;
- 2) не влияет на здоровье;
- 3) имеет наименьший удельный вес;
- 4) занимает 2 место;

9. В СТРУКТУРЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ДОЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО (ПО Ю.П. ЛИСИЦЫНУ):

- 1) 1-5 %;
- 2) 5-7%;
- 3) 30-35%;
- 4) 8-10%;

10. В СТРУКТУРЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ДОЛЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ПО Ю.П. ЛИСИЦЫНУ):

- 1) 8-12%;;
- 2) 18-22%;;
- 3) 17-20%;;
- 4) 50-55%.

11. В СТРУКТУРЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ДОЛЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ(ПО Ю.П. ЛИСИЦЫНУ):

- 1) 8-12%;
- 2) 18-22%;
- 3) 17-20%;
- 4) 50-55%;

12. ОБРАЗ ЖИЗНИ - ЭТО::

- 1) способ деятельности в материальной сфере жизнедеятельности людей;
- 2) совокупность существенных черт деятельности людей;
- 3) определенный способ деятельности людей в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности;
- 4) способ поведения людей;

13. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ЭТО:

- 1) отказ от курения;
- 2) отказ от алкогольных напитков;
- 3) гигиеническое поведение, направленное на укрепление здоровья, обеспечивающее высокий уровень трудоспособности, достижение активного долголетия;
- 4) поведение, направленное на отказ от вредных привычек;

14. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ ЗДОРОВЬЕ ЭТО::

- 1) Состояние полного физического, духовного и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
- 2) Состояние полного физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
- 3) Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
- 4) Состояние физического, психического, социального и материального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

15. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЭТО::

- 1) Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья;
- 2) Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
- 3) Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медико-профилактических услуг;
- 4) Предоставление медицинских услуг согласно установленных стандартов и порядков оказания медицинской помощи;

16. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА::

- 1) Комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;;
- 2) Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию с установленной ценой;;
- 3) Медицинское вмешательство направленное на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;;
- 4) Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;;

17. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЭТО::

- 1) Система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;
- 2) Система мер социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;
- 3) Система мер политического, экономического, правового, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;
- 4) Система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В чем состоят отличия определения здоровья данного ВОЗ и в 323-ФЗ.

Вопрос 1: Дать определение здоровья согласно ВОЗ;

Вопрос 2: Дать определение здоровья по 323-ФЗ;

Вопрос 3: В чем отличия данных определений;

2. При проведении диспансеризации пациент с ИБС в начальной стадии развития заболевания, был отнесен во ко второй группе здоровья.

Вопрос 1: Каким документом регламентируются критерии распределения по группам здоровья.;

Вопрос 2: Сколько групп здоровья определены данным приказом;

Вопрос 3: Правильно ли определена группа здоровья для данного пациента;

Вопрос 4: К какой группе здоровья должен быть отнесен данный пациент;

3. Одной из задач деятельности организаторов здравоохранения является укрепление здоровья путем формирования здорового образа жизни на групповом и индивидуальном уровне.

Вопрос 1: Принцип формирования ЗОЖ на групповом уровне.;

Вопрос 2: Принцип формирования ЗОЖ на индивидуальном уровне. На что, надо обращать особое внимание при информировании населения о факторах риска здоровью и пропаганде ЗОЖ;

Вопрос 3: Какие организационные единицы играют существенную роль в формировании ЗОЖ на индивидуальном и групповом уровне. Что надо учитывать при информировании общества о ЗОЖ;

4. Существует несколько десятков определений здоровья

Вопрос 1: Обоснуйте, какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее полно характеризует его;

Вопрос 2: Можно считать здоровье только отсутствием заболеваний;

5. Одной из задач деятельности организаторов здравоохранения является укрепление здоровья.

Вопрос 1: Дайте определение понятия укрепление здоровья утвержденное ВОЗ.;

Вопрос 2: В каком году и документе сформировано и зафиксировано понятие "укрепление здоровья" утвержденное ВОЗ.;

Вопрос 3: Цель и основные принципы концепции укрепления здоровья.;

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений и оценка качества лечебно-профилактической помощи

2. Качество жизни. Методики изучения

3. Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения. Политика в области охраны здоровья. Краткая история и развития и реформирования здравоохранения в России. Реализация национального проекта «Здоровье» в России.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 2. Основы медицинской статистики. (Компетенции: ПК-4, ПК-18, ПК-20, ПК-1, ПК-21)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Работа врача связана не только с организацией лечебно-диагностического процесса, профилактической работы, но и с анализом количества проделанной работы и ее результативности. Указанное требует умения рассчитывать и правильно интерпретировать полученные показатели деятельности в том числе и в динамике.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику расчета показателей медицинской статистики; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях, основные принципы и понятия доказательной медицины; основные цели и сферу практического применения эпидемиологических исследований в медицине, системный подход к анализу медицинской информации, с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности., **уметь** провести статистическое исследование. осуществить правильный выбор статистических методов для анализа статистики и динамики деятельности системы здравоохранения и состояния здоровья населения., **владеть** методикой определения репрезентативности объема выборки. рассчитывать статистические коэффициенты интенсивные, экстенсивные, соотношения, средние величины и дисперсию. вычислять показатели темпа прироста, наглядности, строить линии тренда.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Статистика - наука, изучающая количественные закономерности материальных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Статистика:

- это инструмент для анализа экспериментальных данных и результатов популяционных исследований;
- это язык, с помощью которого исследователь сообщает полученные им результаты и благодаря которому он понимает медико-статистическую информацию;
- это элемент доказательной медицины;
- это база для обоснования принятия управленческих решений.

Медицинская статистика - раздел статистики, изучающий состояние здоровья населения и общественное здравоохранение.

Этапы статистического исследования:

1. Формирование цели и задач исследования.
2. Организация исследования.
3. Сбор информации.
4. Обработка информации.
5. Анализ результатов исследования.
6. Внедрение результатов исследования в практику и оценка эффективности внедрения.

Цель - отвечает на вопрос зачем проводится данное исследование.

Задачи исследования - дают ответ на вопрос как будет достигнута цель.

План исследования предусматривает методику проведения исследования, дает раскладку организационных вопросов (что, где, когда, сколько?).

Определяет субъектов исследования.

Программа исследования(отвечает на вопрос как делать) состоит из трех главных компонентов :

- 1) программы сбора материала;
- 2) программы его разработки (табличной сводки);
- 3) программы анализа.

Прежде всего устанавливается **объект исследования и единица наблюдения.**

Под **объектом наблюдения** понимают статистическую совокупность, состоящую из отдельных предметов или явлений - единиц наблюдений, взятых в определённых границах времени и пространства.

Единица наблюдения - первичный элемент статистической совокупности, являющейся носителем признаков, подлежащих регистрации, изучению в ходе исследования.

Учетные признаки - признаки подлежащие регистрации в ходе статистического исследования (см. схему в аннотации).

Ряды распределения

Рядами распределения называются группировки особого вида, при которых по каждому признаку, группе признаков или классу признаков известны численность единиц в группе либо удельный вес этой численности в общем итоге. Ряды распределения могут быть построены или по количественному, или по атрибутивному признаку. Ряды распределения, построенные по количественному признаку, называются **вариационными рядами**. Ряд распределения может быть построен по **непрерывно варьирующему признаку** (когда признак может принимать любые значения в рамках какого-либо интервала) и по **дискретно варьирующему признаку** (принимает строго определенные целочисленные значения). Непрерывно варьирующий признак изображается графически при помощи **гистограммы**. Дискретный же ряд распределения графически представляется в виде **полигона распределения**.

Абсолютные величины - могут быть простыми (имеют именованные единицы измерения сантиметры, дни, случаи заболевания и т. п.) и сложными (выражаются произведениями единиц различной размерности человеко-часы, потерянные годы жизни и т. п.).

Сбор информации.

Источники. 1. Выкопировка данных из имеющихся источников. 2. Самостоятельный сбор информации.

Способы получения данных. 1. Эксперимент. 2. Наблюдение в реальных условиях. 3. Получение субъективных данных путем опроса целевой группы.

Репрезентативная выборка.

Выборка конечного объёма, обладающая всеми свойствами исходной популяции, значимыми с точки зрения задач исследования.

Является одним из ключевых понятий анализа данных. Репрезентативность определяет, насколько возможно обобщать результаты исследования с привлечением определённой выборки на всю генеральную совокупность, из которой она была собрана.

Например, если в городе проживает 100 000 человек, половина из которых мужчины и половина женщины, то выборка 1000 человек из которых 10 мужчин и 990 женщин, конечно, не будет репрезентативной.

Построенный на ее основе опрос общественного мнения будет содержать смещение оценок и приведет к фальсификации результатов.

Необходимым условием построения репрезентативной выборки является равная вероятность включения в нее каждого элемента генеральной совокупности.

Определение объёма данных, достаточного для того, чтобы избежать ошибок - очень непростая задача. В первую очередь потому, что рассчитать требуемый объём выборки можно, только имея некоторые представления относительно ожидаемых результатов.

Чтобы рассчитать объём выборки, нужно определить на этапе планирования исследования следующие величины:

1) заданная вами мощность исследования (степень уверенности в том, что вы получите значимый результат, если он на самом деле имеет место в действительности). Обычно выбирают мощность, равную 70-80% и более,

2) уровень значимости α - граничный уровень, ниже которого отбрасывают нулевую гипотезу. Обычно это 0,05 или

0,01; нулевую гипотезу (об отсутствии различий в группах) отклоняют, если величина р-уровня применяемого критерия меньше этих значений,

3) величина изучаемого эффекта (насколько выражено то различие между основной и контрольной группами, которое мы пытаемся обнаружить и обосновать с помощью статистического анализа),

4) вариабельность изучаемой величины в группах, например, стандартное отклонение, если есть числовая переменная.

Относительно легко выбрать мощность и уровень значимости критерия. Реальная трудность состоит в необходимости оценки силы эффекта и вариации числовой переменной до того, как отобраны данные.

5 этап: Анализ результатов исследования.

Относительные величины.

Относительной статистической величиной - называется отношение двух чисел, выражающих меру каких-либо явлений. Смысл получения относительных величин - нахождение общей меры, приведение к общему знаменателю.

Интенсивные коэффициенты показывают размер явления (частоту, уровень, распространенность) явления в среде которая продуцирует его. Эти коэффициенты отвечают на вопрос, как часто явление встречается в известной среде.

Экстенсивные коэффициенты отражают структуру, распределение. Они характеризуют отношение части статистической совокупности к целой совокупности (долю, удельный вес, часть от целого), то есть отношение отдельного элемента к итогу. Выражаются только в процентах к итогу.

Коэффициенты соотношения - применяются, когда приходится оценивать соотношение разнородных величин. Данные коэффициенты вычисляются через пропорцию. Могут вычисляться на 100, на 1000, на 10000. Могут выражаться дробными числами: 1, 53 медсестры на врача.

Средние величины.

Средняя арифметическая величина простая (невзвешенная) равна сумме отдельных значений признака, деленной на число этих значений.

Разброс полученных данных в положительную и отрицательную сторону от средней величины обозначается буквой d , а вычисляется через отклонение каждого значения от средней () , затем вычисляют среднюю арифметическую всех этих отклонений. Чем она больше, тем больше разброс данных и тем более разнородна выборка. Если эта средняя невелика, то это свидетельствует в пользу того, что данные больше сконцентрированы относительно их среднего значения и выборка более однородна.

Мода (Mo) (mode)- наиболее часто встречающаяся в вариационном ряду варианта.

Мода используется:

i- при малом числе наблюдений, когда велико влияние состава совокупности на среднюю ;

i- для характеристики центральной тенденции при ассиметричных распределениях, когда велико влияние на среднюю крайних вариантов;

Медианой (Me) в статистике называется варианта, которая находится в середине вариационного ряда, то есть делит численность упорядоченного вариационного ряда пополам. Для ранжированного ряда дискретного (построенного в порядке возрастания или убывания частот) с нечетным числом членов медианой будет варианта, расположенная в центре ряда:

В ранжированном ряду с четным числом медианой будет средняя арифметическая из 2-х смежных вариантов: 1, 3, 4, 5, 7, 9 лет, следовательно, медиана равна 4,5 года (6 продавцов по стажу работы)

Медиана в дискретном ряду и медианный интервал в интервальном ряду находятся по данным о накопленных частотах. Медиана делит численность упорядоченного ряда пополам, значит находится там, где накопленная (кумулятивная) частота составляет половину или больше половины суммы частот, а предыдущая накопленная частота меньше половины численности совокупности.

Медиана используется:

- i- при необходимости знать, какая часть вариант лежит выше и ниже срединного значения ;
- i- для характеристики центральной тенденции при ассиметричных распределениях .

Вариационный ряд можно разбивать на отдельные (по возможности равные) части, которые называются квантилями (quantile). Наиболее часто употребляемые квантили:

Величины, находящиеся на одной четверти и на трех четвертях расстояния от начала ряда называются квантилями, на одной десятой – децилями, на одной сотой – процентилями. Все они рассчитываются по формуле медианы с соответствующими изменениями. Так, при определении квантилей, берется в расчет $1/4$, $2/4$ или $3/4$ суммы частот, нижняя граница и величина квантильного интервала, частота этого интервала. Сам квантильный интервал определяется по сумме накопленных частот, пересчитанной в проценты: 25 %, 50 %, 75 %. Аналогичная процедура применяется при расчете децилей (десятые части от 100 %) и процентилей (сотые части 100 %). Второй квантиль, пятый дециль и пятидесятый перцентиль совпадают с медианой.

Анализ динамических рядов.

Динамические ряды

- Динамический ряд – совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления на протяжении определенного промежутка времени.
- Уровни ряда – величины, составляющие динамический ряд. Могут быть представлены абсолютными, относительными или средними величинами.

Виды динамических рядов

- моментный – состоит из величин, характеризующих явление на какой-то определенный момент (дату),
- интервальный – состоит из величин, характеризующих явление за определенный промежуток времени (интервал).

1) Абсолютный прирост (убыль) – разность между последующим и предыдущим уровнями

2) Показатель наглядности – отношение каждого уровня ряда к одному из них, принятому за 100%

3) Показатель роста (снижения) – отношение каждого последующего уровня ряда к предыдущему, принятому за 100%

4) Темп прироста (убыли) – отношение абсолютного прироста (снижения) каждого последующего уровня к предыдущему уровню, принятому за 100%

5) Значение 1% прироста (убыли) – отношение абсолютного прироста каждого последующего уровня ряда к соответствующему темпу прироста.

Линии тренда представляют собой геометрическое отображение средних значений анализируемых показателей, полученное с помощью какой-либо математической функции. Выбор функции для построения линии тренда обычно определяется характером изменения данных во времени.

Статистики связи и влияния факторов.

При исследовании явлений и процессов приходится сталкиваться со взаимосвязанными показателями. Часто связь, существующая между двумя или несколькими показателями, не столь очевидна, т.к. усложняется наложением влияния других причин (факторов). Изучить, насколько изменение одного показателя зависит от изменения другого (или нескольких), – одна из задач статистики.

Факторные связи характеризуются тем, что они проявляются в согласованной вариации изучаемых показателей. При этом одни показатели выступают как факторные, а другие – как результативные.

Факторные связи могут рассматриваться как **функциональные** и **корреляционные**.

При **функциональной связи** изменение результативного признака ☒ всецело зависит от изменения факторного признака ☒. Например, длина окружности зависит от радиуса (☒): ☒

При **корреляционной связи** изменение результативного признака не всецело зависит от факторного признака, а лишь частично, так как возможно влияние прочих факторов.

Характерной особенностью корреляционных связей является то, что они проявляются не в единичных случаях, а в

массе.

При статистическом изучении корреляционной связи показателей перед статистикой ставятся следующие основные задачи:

- 1) проверка возможности связи между изучаемыми показателями и придание выявленной связи аналитической формы зависимости;
- 2) установление количественных оценок тесноты связи, характеризующих силу влияния факторных признаков на результативные.

В процессе изучения связи важно учитывать, что помимо математического аппарата, необходимо иметь теоретическое обоснование этой связи.

Корреляция может быть **парной**, когда исследуется зависимость между двумя признаками (результативный и один из факторных) или **множественной**, когда изучается зависимость между несколькими признаками (результативный и несколько факторных).

Основные виды ошибок исследования.

1. Ошибки регистрации:

1. Случайные (взаимно погашаются и не влияют на результат исследования);
2. Систематические (плохая юстировка прибора, неоднозначность инструкции, недостаточная унификация методов и т.д. – могут существенно исказить результат исследования).

2. Методические

- Недостаточность числа наблюдений;
- Нарушение случайности отбора;
- Неправильная группировка данных;
- Использование средних величин в неоднородных группах и другие.

3. Логические

- Сравнение данных без учета их качественной характеристики;
- Смешение причины и следствия;
- Недоучет взаимосвязи явлений.

8. Вопросы по теме занятия

1. Какие вы знаете абсолютные величины?

Компетенции: ПК-4

2. Какие вы знаете статистические коэффициенты?

Компетенции: ПК-4

3. Что такое динамический ряд?

Компетенции: ПК-4

4. Какие существуют виды динамических рядов?

Компетенции: ПК-4

5. Какие показатели используют для оценки динамических рядов?

Компетенции: ПК-4

6. Для чего и как используется метод стандартизации показателей?

Компетенции: ПК-4

7. Определение вариационного ряда

Компетенции: ПК-4

8. Основные составляющие вариационного ряда

Компетенции: ПК-4

9. Этапы построения сгруппированного вариационного ряда

Компетенции: ПК-4

10. Виды средних величин и методы их определения

Компетенции: ПК-4

11. Основные способы расчета средней арифметической

Компетенции: ПК-4

12. Основные свойства средней арифметической

Компетенции: ПК-4

13. Критерии разнообразия признака в статистической совокупности и методы их определения

Компетенции: ПК-4

14. Последовательность расчета среднего квадратического отклонения

Компетенции: ПК-4

15. Как рассчитывается и когда применяется коэффициент вариации

Компетенции: ПК-4

16. Понятие “ достоверность результатов исследования”

Компетенции: ПК-4

17. Ошибка средних и относительных величин методы ее расчета

Компетенции: ПК-4

18. Методы оценки достоверности результатов исследования

Компетенции: ПК-4

19. Доверительные границы (интервал) средних и относительных величин

Компетенции: ПК-4

20. Достоверность разности (различия) средних и относительных величин

Компетенции: ПК-4

21. Основные этапы статистического исследования

Компетенции: ПК-4

22. Ошибки при проведении статистических исследований и их коррекция

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СТАТИСТИЧЕСКАЯ СОВОКУПНОСТЬ ЭТО:

- 1) группа, состоящая из малого числа единиц наблюдения, взятых вместе в известных границах времени и пространства;
- 2) группа, состоящая из малого числа зависимых единиц наблюдения, взятых вместе в известных границах времени и пространства;
- 3) группа, состоящая из малого числа независимых единиц наблюдения, взятых вместе в известных границах времени и пространства;
- 4) группа, состоящая из большого числа однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства;

Компетенции: ПК-4

2. ВЫБОРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЭТО:

- 1) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) наблюдение, приуроченное к какому-либо моменту;
- 3) наблюдение, в порядке текущей регистрации;
- 4) наблюдение, охватывающее часть учетных признаков для характеристики целого;

Компетенции: ПК-21

3. КОГОРТНЫЙ ОТБОР ЭТО:

- 1) разбивка совокупности на однотипные качественные группы по какому-либо определенному признаку;
- 2) отбор на удаче, по жребию, без учета тех или иных носителей признаков;
- 3) процентный отбор того или иного числа наблюдений из общего числа (например, 20% или 10% из всей совокупности);
- 4) целенаправленный отбор лиц объединенных появлением, какого либо признака, играющего существенную роль в исследовании;

Компетенции: ПК-4

4. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) объект наблюдения;
- 2) признак;
- 3) единица наблюдения;
- 4) группа признаков;

Компетенции: ПК-4

5. СЛУЧАЙНАЯ ОШИБКА ЭТО:

- 1) нарушение в кодировании признака в следствии неправильного инструктажа оператора;
- 2) описка по рассеянности или невнимательности;
- 3) первичный элемент объекта статистического наблюдения, являющейся носителем признаков, не подлежащих регистрации;
- 4) ошибка при разметке бланка по условным знакам;

Компетенции: ПК-4

6. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ГРУППИРОВКА ЭТО:

- 1) группировка, произведенная на основе размеров данного признака;
- 2) разделение материала на однородные в отношении этого признака группы;
- 3) разделение по смысловой согласованности сведений, записанных в первичном документе;
- 4) разбивка материала по признаку, имеющему качественное выражение;

Компетенции: ПК-4

7. ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - ЭТО:

- 1) показатель распределения, характеризующий отношение части к целому или удельный вес части в целом;
- 2) показатель частоты, выражающий частоту явления в среде порождающей его;
- 3) показатель, выражающий частоту явления в разных средах, в разные периоды времени или тот же период времени;
- 4) показатель распределения, характеризующий отношение части одного явления к части другого явления;

Компетенции: ПК-4

8. ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - ПОДБЕРИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- 1) изменение явления во времени;
- 2) распределение целого и части;
- 3) характеристика развития явления в среде, непосредственно с ней несвязанной;
- 4) частота явления в среде непосредственно его продуцирующей;

Компетенции: ПК-4

9. ВАРИАНТА, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ - ЭТО:

- 1) мода;
- 2) медиана;
- 3) средняя арифметическая;
- 4) средняя геометрическая;

Компетенции: ПК-4

10. ВИД СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА:

- 1) сплошное;
- 2) одновременное;
- 3) систематическое;
- 4) многофакторное;

Компетенции: ПК-4

11. СТАТИСТИЧЕСКАЯ СОВОКУПНОСТЬ - ЭТО.:

- 1) группа определенных признаков;
- 2) группа объектов, обладающих признаками сходства и различия;
- 3) группа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых в единых границах времени и пространства;
- 4) группа явлений, объединенных в соответствии с целью исследования;

Компетенции: ПК-4

12. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ.:

- 1) объект наблюдения;
- 2) признак;
- 3) единица наблюдения;
- 4) группа признаков;

Компетенции: ПК-4

13. ЕДИНИЦА НАБЛЮДЕНИЯ В СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ - ЭТО.:

- 1) признак;
- 2) первичный элемент совокупности, обладающий учитываемыми признаками;
- 3) группа признаков;
- 4) заболевание;

Компетенции: ПК-4

14. К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСИТСЯ.:

- 1) температура тела;
- 2) пол;
- 3) артериальное давление;
- 4) дозировка лекарственного средства;

Компетенции: ПК-4

15. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) масса тела пациента;
- 2) пол;
- 3) исход лечения;
- 4) перечень назначенных препаратов;

Компетенции: ПК-4

16. ОСНОВНЫМ ВИДОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) общая;
- 2) генеральная;
- 3) обследуемая и необследуемая;
- 4) закрытая и открытая;

17. ГЕНЕРАЛЬНАЯ СОВОКУПНОСТЬ СОСТОИТ ИЗ::

- 1) отдельных единиц наблюдения, взятых в известных границах времени и пространства;
- 2) всех единиц наблюдения, которые могут быть отнесены к ней в соответствии с целью исследования;
- 3) всех единиц наблюдения, которые могут быть отнесены к ней независимо от цели исследования;
- 4) всех единиц наблюдения, обладающих определенным признаком;

Компетенции: ПК-4

18. ВЫБОРОЧНАЯ СОВОКУПНОСТЬ ЭТО::

- 1) группа, состоящая из относительно однородных элементов, взятых в единых границах времени и пространства;
- 2) совокупность, состоящая из всех единиц наблюдения, которые могут быть к ней отнесены в соответствии с целью исследования;
- 3) часть генеральной совокупности, отобранная специальными методами и предназначенная для ее характеристики;
- 4) совокупность всех единиц наблюдения, обладающих определенным признаком;

Компетенции: ПК-4

19. РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ - ЭТО::

- 1) достаточный объем генеральной совокупности;
- 2) достаточный объем выборочной совокупности;
- 3) непохожесть выборочной совокупности на генеральную;
- 4) способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную;

Компетенции: ПК-4

20. ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ::

- 1) структуру явления;
- 2) частоту распространения явления в среде;
- 3) соотношение между двумя самостоятельными совокупностями;
- 4) соотношение между двумя зависимыми совокупностями;

Компетенции: ПК-4

21. ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - ЭТО::

- 1) частота распространения явления в среде;
- 2) показатель структуры явления;
- 3) соотношение двух независимых совокупностей;
- 4) соотношение между двумя зависимыми совокупностями;

Компетенции: ПК-4

22. К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ВЕЛИЧИНАМ, ПОЛУЧАЕМЫМ В РЕЗУЛЬТАТЕ СООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ЧАСТЬЮ И ЦЕЛЫМ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Интенсивные;
- 2) Экстенсивные;
- 3) Оба;
- 4) Ни один не имеет к этому отношения;

Компетенции: ПК-4

23. ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРУ ИЗУЧАЕМОГО ЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ::

- 1) Интенсивный показатель;
- 2) Экстенсивный показатель;

- 3) Показатель наглядности;
- 4) Показатель соотношения;

Компетенции: ПК-4

24. ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ::

- 1) частоту распространения явления в среде;
- 2) долю части в целом;
- 3) соотношение между двумя самостоятельными совокупностями;
- 4) соотношение отдельных частей статистической совокупности;

Компетенции: ПК-4

25. ПОКАЗАТЕЛЬ НАГЛЯДНОСТИ ОТРАЖАЕТ::

- 1) темп роста;
- 2) темп прироста;
- 3) степень уменьшения или увеличения сравниваемых величин в %;
- 4) различие между двумя самостоятельными совокупностями;

Компетенции: ПК-4

26. ДИНАМИЧЕСКИМ РЯДОМ НАЗЫВАЮТ::

- 1) ряд числовых измерений признака, отличающихся по своей величине и расположенных в определенном порядке;
- 2) ряд, состоящий из однородных сопоставимых величин, характеризующих изменения явления за определенные отрезки времени;
- 3) ряд числовых измерений, выражающих общую меру исследуемого признака в динамике.;
- 4) ряд числовых измерений, выражающих общую меру исследуемого признака в статике;

Компетенции: ПК-4

27. ПРОСТЫЕ ДИНАМИЧЕСКИЕ РЯДЫ СОСТОЯТ ИЗ::

- 1) абсолютных величин;
- 2) относительных величин;
- 3) средних величин;
- 4) переменных величин;

Компетенции: ПК-4

28. ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПОСЛЕДУЮЩЕГО УРОВНЯ ПОКАЗАТЕЛЯ К ЕГО ПРЕДЫДУЩЕМУ УРОВНЮ - ЭТО::

- 1) абсолютный прирост;
- 2) темп прироста;
- 3) темп роста;
- 4) значение 1-го % прироста;

Компетенции: ПК-4

29. ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО ПРИРОСТА К ПРЕДЫДУЩЕМУ УРОВНЮ ПОКАЗАТЕЛЯ - ЭТО::

- 1) абсолютный прирост;
- 2) темп прироста;
- 3) темп роста;
- 4) значение 1-го % прироста;

Компетенции: ПК-4

30. ОТНОШЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО ПРИРОСТА ПОКАЗАТЕЛЯ К ТЕМПУ ЕГО ПРИРОСТА ЗА ОДИН И ТОТ ЖЕ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ - ЭТО:

- 1) абсолютный прирост;
- 2) темп прироста;
- 3) темп роста;
- 4) значение 1-го % прироста;

Компетенции: ПК-4

31. ЛИНЕЙНАЯ ДИАГРАММА ОТРАЖАЕТ::

- 1) структуру явления;
- 2) частоту явления;
- 3) динамику явления;
- 4) достоверность показателя;

Компетенции: ПК-4

32. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ::

- 1) секторную диаграмму;
- 2) радиальную диаграмму;

- 3) фигурную диаграмму;
- 4) картограмму;

Компетенции: ПК-4

33. ВАРИАЦИОННЫЙ РЯД - ЭТО::

- 1) ряд значений какого либо признака;
- 2) ряд однородных сопоставимых величин, характеризующих изменения какого-либо явления за определенные отрезки времени;
- 3) ряд числовых измерений признака, отличающихся друг от друга по своей величине и расположенных в определенном порядке;
- 4) ряд, характеризующий изменчивость признака;

Компетенции: ПК-4

34. СРЕДНЯЯ ВЕЛИЧИНА - ЭТО::

- 1) показатель, рассчитанный на основе всех значений признака;
- 2) показатель, учитывающий разнообразие признака в совокупности;
- 3) число, выражающее общую меру изучаемого признака в совокупности;
- 4) отношение суммы значений вариант признака к их количеству;

Компетенции: ПК-4

35. ОДНОЙ ИЗ СРЕДНИХ ВЕЛИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) показатель соотношения;
- 2) медиана;
- 3) среднее квадратическое отклонение;
- 4) интенсивный показатель;

Компетенции: ПК-4

36. ВАРИАНТА, НАХОДЯЩАЯСЯ В СЕРЕДИНЕ ВАРИАЦИОННОГО РЯДА - ЭТО::

- 1) средняя арифметическая;
- 2) мода;
- 3) медиана;
- 4) среднее квадратическое отклонение;

Компетенции: ПК-4

37. ОТНОШЕНИЕ СУММЫ ЗНАЧЕНИЙ ВСЕХ ВАРИАНТ К ОБЩЕМУ ИХ КОЛИЧЕСТВУ - ЭТО::

- 1) медиана;
- 2) средняя арифметическая;
- 3) мода;
- 4) среднее квадратическое отклонение;

Компетенции: ПК-4

38. ОДНО ИЗ СВОЙСТВ СРЕДНЕЙ АРИФМЕТИЧЕСКОЙ (М) ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Средняя арифметическая характеризует разнообразие признака;
- 2) Размер М зависит от крайних значений вариационного ряда;
- 3) В строго симметричном ряду $M = M_o = M_e$;
- 4) Средняя величина не является именованной величиной;

Компетенции: ПК-4

39. СРЕДНЯЯ АРИФМЕТИЧЕСКАЯ ВЕЛИЧИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ В ЦЕЛЯХ...:

- 1) Обобщения числовых характеристик варьирующего явления при разработке или сводке материала;
- 2) Обобщения качественных характеристик;
- 3) Сравнения и сопоставления явлений;
- 4) Разработки нормативов;

Компетенции: ПК-4

40. ИНТЕРВАЛ, ОГРАНИЧЕННЫЙ МИНИМАЛЬНЫМ И МАКСИМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЯМИ ВАРИАНТ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ - ЭТО::

- 1) доверительный интервал;
- 2) коэффициент вариации;
- 3) амплитуда;
- 4) лимит;

Компетенции: ПК-4

41. РАЗНОСТЬ МЕЖДУ ДВУМЯ КРАЙНИМИ ВАРИАНТАМИ ВАРИАЦИОННОГО РЯДА - ЭТО::

- 1) лимит;
- 2) доверительный интервал;
- 3) амплитуда;

- 4) коэффициент вариации;

Компетенции: ПК-4

42. ОЦЕНИТЬ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОЗНАЧАЕТ::

- 1) оценить правильность полученных выводов;
- 2) определить, с какой вероятностью возможно перенести результаты, полученные на выборочной совокупности на генеральную совокупность;
- 3) оценить возможность использования теоретических данных в практике;
- 4) определить ошибку репрезентативности;

Компетенции: ПК-4

43. ГРАНИЦЫ ВЕЛИЧИН, ВЫХОД ЗА ПРЕДЕЛЫ КОТОРЫХ, ВСЛЕДСТВИЕ СЛУЧАЙНЫХ КОЛЕБАНИЙ, ИМЕЕТ НЕЗНАЧИТЕЛЬНУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ - ЭТО::

- 1) лимит;
- 2) амплитуда;
- 3) доверительный интервал;
- 4) среднее квадратическое отклонение;

Компетенции: ПК-4

44. В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ МИНИМАЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ БЕЗОШИБОЧНОГО ПРОГНОЗА (P), ПРИНЯТАЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ГРАНИЦ ЛЮБОГО ПОКАЗАТЕЛЯ, СОСТАВЛЯЕТ::

- 1) 68,0 %;
- 2) 80,0 %;
- 3) 95,0 %;
- 4) 99,0 %;

Компетенции: ПК-4

45. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) разработка макетов таблиц;
- 2) формализация данных;
- 3) составление программы и плана исследования;
- 4) анкетирование;

Компетенции: ПК-21

46. СБОР МАТЕРИАЛА СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ::

- 1) на 1-м этапе;
- 2) на 2-м этапе;
- 3) на 3-м этапе;
- 4) на 4-м этапе;

Компетенции: ПК-21

47. РАЗРАБОТКА ДАННЫХ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- 1) Сбор материала исследования;
- 2) Анализ исследуемого материала;
- 3) Составление макетов таблиц, их заполнение и сводку данных;
- 4) Выкопировку данных;

Компетенции: ПК-4

48. ПРОВЕДЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАВЕРШАЮТ::

- 1) формирование выводов;
- 2) разработка практических рекомендаций;
- 3) анализ, выводы, предложения, внедрение в практику;
- 4) апробация результатов работы;

Компетенции: ПК-4

49. ТЕКУЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ - ЭТО...:

- 1) Наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) Наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) Наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) Обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности;

Компетенции: ПК-21

50. ЕДИНОВРЕМЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ - ЭТО...:

- 1) Наблюдение, охватывающее часть единиц в совокупности для характеристики целого;
- 2) Наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) Наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) Обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности.;

Компетенции: ПК-4

51. СПЛОШНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ - ЭТО...:

- 1) Наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого.;
- 2) Наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) Наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) Обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности;

Компетенции: ПК-4

52. ВЫБОРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ - ЭТО...:

- 1) Наблюдение, охватывающее часть единиц в совокупности для характеристики целого;
- 2) Наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) Наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) Обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности.;

Компетенции: ПК-4

53. СВОДКА МАТЕРИАЛОВ - ЭТО...:

- 1) Описка по рассеянности или невнимательности;
- 2) Первичный элемент объекта статистического наблюдения являющийся носителем признаков, подлежащих регистрации;
- 3) Разметка бланков по условным знакам;
- 4) Обобщение единичных случаев, полученных в результате статистического наблюдения;

Компетенции: ПК-21

54. СЛУЧАЙНАЯ ОШИБКА - ЭТО...:

- 1) Описка по рассеянности или невнимательности;
- 2) Первичный элемент объекта статистического наблюдения, являющийся носителем признаков, подлежащих регистрации;
- 3) Разметка бланков по условным знакам;
- 4) Первичный элемент, из которого состоит вся наблюдаемая статистическая совокупность;

Компетенции: ПК-21

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Число умерших в области X составило 30000 человек из них 15000 от болезней системы кровообращения. Среднегодовая численность населения составила 3000000 человек.

Вопрос 1: Рассчитайте показатель смертности;

Вопрос 2: Вычислите показатель структуры смертности от болезней системы кровообращения;

Вопрос 3: Какие мероприятия способствуют снижению смертности от болезней системы кровообращения;

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ПК-20

2. Сроки стационарного лечения 32 больных (в днях): 12, 14, 7, 16, 18, 12, 12, 14, 14, 17, 18, 15, 18, 19, 17, 15, 15, 15, 17, 15, 9, 10, 10, 11, 16, 19, 20, 16, 17, 18, 18, 15.

Вопрос 1: Составьте вариационный ряд.;

Вопрос 2: Определите моду, медиану и вычислите среднюю арифметическую;

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ПК-20, ПК-21

3. Дана следующая совокупность: 84 82 90 77 75 77 82 86 82

Вопрос 1: Составьте вариационный ряд.;

Вопрос 2: Рассчитайте среднее арифметическое значение.;

Компетенции: ПК-4

4. Две независимые группы, выделенные по одному качественному признаку, нужно сравнить между собой по количественному признаку (сравнение индекса массы тела у мужчин и женщин). Какой критерий сравнения вы выберете, если

Вопрос 1: Количественный признак имеет нормальное распределение в популяции;

Вопрос 2: Количественный признак не имеет нормального распределения в популяции, выборки малые;

Компетенции: ПК-21

5. Уравнение регрессии описывает зависимость систолического давления от роста, веса и пола: $y = 79,44 - 0,03x_1 + 1,18x_2 + 4,23x_3$ где x_1 – рост; x_2 – вес; x_3 – пол.

Вопрос 1: Рассчитайте ожидаемое систолическое давление у мальчика ростом 130см и весом 30кг.;

Вопрос 2: Как называется данный вид уравнения регрессии;

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Сформировать цель, задачи, план и программу статистического исследования под выбранное направление исследования.

2. Сбор обработка и анализ данных. Формирование выводов исследования по выбранному направлению исследования

3. Определение среднего значения веса студентов в группе (по данным измерения веса в студенческой группе оценить форму распределения полученных данных, выбрать соответствующую форму средней величины и рассчитать ее)

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/ru/>)

Портал Гражданского общества Красноярского края (<http://gokrkr.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 3. Медицинская демография. Рождаемость. Смертность. (Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В первой половине 90-х годов наша страна вступила в стадию демографической катастрофы. Эта катастрофа выражается, прежде всего, в беспрецедентно низкой рождаемости, в очень высоком уровне разводов, в относительно низкой продолжительности жизни населения, особенно мужского и сельского, сверхсмертности населения трудоспособного возраста. С 1992 года население России сокращается. Всё вышеперечисленное требует экстренного принятия мер на го-сударственном уровне для решения демографического кризиса, в т.ч., в сфере здравоохранения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику расчета показателей медицинской статистики; **уметь** анализировать демографические показатели рождаемости., анализировать демографические показатели смертности., **владеть** методикой расчета общих и специальных показатели рождаемости., методикой расчета общих и специальных показатели смертности

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. 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.
2. **Стационарный** - доли лиц в указанных возрастных группах имеют равное значение.
3. **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.

1. Статика населения.
2. 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 **динамикой населения**.

К методам, позволяющим изучать статические демографические события, относят:

1. переписи, регулярно проводимые в экономически развитых странах;
2. текущий учет ряда демографических явлений (рождение, смерть, развод и т.д.)
3. 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 - населении. 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:

1. Изучение территориального размещения.
2. Анализ тенденций и процессов, происходящих среди населения в связи с социально - экономическими условиями жизни: медицинскими, экономическими, правовыми, этническими и др.
3. Прогнозирование демографических процессов;
4. Разработка мероприятий, оптимизирующих демографические показатели

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).

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 повозрастной 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".

8. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение: «демография», «медицинская демография». Каковы задачи демографии?

Компетенции: ПК-17

2. Какое значение для изучения здоровья населения играет учет смертности

Компетенции: ПК-4

3. Какие существуют общие и специальные показатели оценки смертности населения.

Компетенции: ПК-18

4. Какие правила регистрации смерти в РФ

Компетенции: ОПК-6

5. Каково значение изучения демографических показателей для здравоохранения?

Компетенции: ПК-17

6. Назовите основные методы изучения статистики населения.

Компетенции: ПК-4

7. Какие основные разделы выделяют в демографии? Что каждый из них изучает?

Компетенции: ПК-17

8. Перечислите основные принципы проведения переписи населения

Компетенции: ПК-4

9. Какие существуют показатели оценки рождаемости.

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕГИСТРАЦИЯ СМЕРТИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ В ОРГАНАХ ЗАГС НА ОСНОВАНИИ:.

- 1) врачебного свидетельства о смерти;
- 2) врачебного свидетельства о перинатальной смерти;
- 3) со слов родителей;
- 4) справки произвольной формы;

Компетенции: ПК-4

2. ДЕМОГРАФИЯ КАК НАУКА ИЗУЧАЕТ:

- 1) численность и состав населения;
- 2) летальность;
- 3) заболеваемость населения;
- 4) инвалидность;

Компетенции: ПК-4

3. ГОДОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

- 1) (число умерших за год x 100000) / среднегодовая численность населения;
- 2) (число умерших за год x 1000) / среднегодовая численность населения;
- 3) (число родившихся - число умерших x 1000) / среднегодовая численность населения;
- 4) (среднегодовая численность населения x 1000) / число умерших за год;

Компетенции: ПК-4

4. ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

- 1) (число умерших в возрасте до 14 ти лет x 1000) / число детей родившихся живыми;
- 2) (число умерших в возрасте до 1 мес. x 1000) / число детей родившихся живыми;
- 3) (число умерших в 1-ю неделю жизни x 1000) / число детей родившихся живыми;

Компетенции: ПК-4

5. ПОКАЗАТЕЛЬ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

- 1) (число умерших детей в возр. до 1го года x 1000) / число детей родившихся живыми и мертвыми;
- 2) (число умерших детей в возр. до 1го года x 1000) / число родившихся живыми за год;
- 3) (число умерших детей в возр. до 1го года x 1000) / число мертворожденных;
- 4) (число детей, умерших в 1-ю нед. жизни x 1000) / число детей, родившихся живыми;

Компетенции: ПК-4

6. НЕОНАТАЛЬНУЮ СМЕРТНОСТЬ РАССЧИТЫВАЮТ?:

- 1) (число детей, умерших в первую неделю жизни x 1000) / число родившихся живыми и мертвыми;
- 2) (число детей, умерших в 1-е сутки жизни x 1000) / число родившихся живыми;
- 3) (число детей, умерших на 1-ом мес. жизни x 1000) / число родившихся живыми и мертвыми;
- 4) (число детей, умерш. на 1-ом мес. жизни x 1000) / число родившихся живыми;

Компетенции: ПК-4

7. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ?:

- 1) (число детей, умерших в 1 нед. жизни x 1000) / число детей родившихся живыми;
- 2) (число детей родившихся мертвыми x 1000) / число детей родившихся живыми и мертвыми;
- 3) (число детей род-ся мертвыми + число детей умерших в 1-ый мес. жизни x 1000) / число детей родившихся живыми и мертвыми;
- 4) (число детей род-ся мертвыми + число детей умерших в возрасте 0-6 дней X 1000) / число детей родившихся живыми и мертвыми;

Компетенции: ПК-4

8. СРЕДИ ПРИЧИН ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЖИТЕЛЕЙ РФ ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ПЕРВЫЕ 3 МЕСТА ЗАНИМАЮТ::

- 1) Болезни органов кровообращения, новообразования, травмы и отравлений;
- 2) Болезни органов пищеварения, болезни сердечно-сосудистой системы, травмы и отравления;
- 3) Болезни органов кровообращения, новообразования, болезни нервной системы;
- 4) Болезни нервной системы и органов чувств, травмы и отравления, болезни органов пищеварения;

Компетенции: ПК-4

9. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ - ЭТО::

- 1) Смерть женщины, наступившая в период родов или в течение 42 дней после ее окончания от какой либо причины, связанной с беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая;
- 2) Смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой либо причины, связанной с беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая;
- 3) Смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.;
- 4) Смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни возникшей в период беременности отягощенной физиологическим воздействием беременности.;

Компетенции: ПК-4

10. ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ПОКАЗАТЕЛИ:

- 1) инвалидности;
- 2) миграционной активности;
- 3) средней продолжительности предстоящей жизни;
- 4) естественного прироста;

Компетенции: ПК-4

11. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ:

- 1) свидетельство о рождении;
- 2) справка о рождении;
- 3) заключение судебно-медицинской экспертизы;
- 4) свидетельство о браке;

Компетенции: ПК-4

12. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ:

- 1) от повозрастных показателей смертности;
- 2) от показателей рождаемости;
- 3) от показателей материнской смертности;
- 4) от показателей плодовитости;

Компетенции: ПК-4

13. ФЕРТИЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ:

- 1) 20-44 года;
- 2) 20-49 лет;
- 3) 15-49 лет;
- 4) 15-44 года;

Компетенции: ПК-4

14. ПО ДАННЫМ ПЕРЕПИСИ ВЫБЕРИТЕ ТИП НАСЕЛЕНИЯ:

- 1) репрезентативный;
- 2) динамический;
- 3) прогрессивный;
- 4) отстающий;

Компетенции: ПК-4

15. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ:.

- 1) естественного прироста;
- 2) летальности;
- 3) заболеваемости;
- 4) инвалидности;

Компетенции: ПК-4

16. ДЕМОГРАФИЯ ИЗУЧАЕТ:

- 1) здоровье общества в различных исторических условиях, в определенные периоды и фазы его развития;
- 2) народонаселение и изменения его численности и состава в конкретных исторических условиях общественного развития;
- 3) эффективность деятельности органов и учреждений здравоохранения;
- 4) количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественными особенностями;

Компетенции: ПК-4

17. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕМОГРАФИЯ ЭТО:.

- 1) общественная наука, изучающая количественную сторону массовых явлений в неразрывной связи с их качественными особенностями;
- 2) наука о народонаселении в его общественном развитии;
- 3) наука, изучающая особенности заболеваемости населения;
- 4) наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с социально-гигиеническими факторами;

Компетенции: ПК-4

18. ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:.

- 1) внутренняя и внешняя миграция;
- 2) иммиграция и эмиграция;
- 3) временная миграция;
- 4) постоянная миграция;

Компетенции: ПК-4

19. ГОДОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

- 1) (число родившихся живыми за год x 1000) / среднегодовая численность населения;
- 2) (число род-ся живыми и мертвыми за год x 1000) / среднегодовая численность населения;
- 3) (число родившихся за год x 1000) / средн. численность женщин в возрасте 15-49 лет;
- 4) (число родившихся живыми за год x 1000) / число умерших за год;

Компетенции: ПК-4

20. КОЭФФИЦИЕНТ БРАЧНОЙ ПЛОДОВИТОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

- 1) (средняя численность женщин, находящихся в браке x 1000) / число, детей родившихся живыми у женщин ,

состоявших в браке;

2) (число родившихся живыми за год $\times 1000$) / средняя численность женщин в возрасте 15 - 49 лет;

3) (число детей родившихся живыми $\times 1000$) / средняя численность женщин находящихся в браке;

4) (число детей, родившихся живыми у женщин состоящих в браке $\times 1000$) / средняя численность женщин, находящихся в браке;

Компетенции: ПК-4

21. КОЭФФИЦИЕНТ СУММАРНОЙ ПЛОДОВИТОСТИ ОЗНАЧАЕТ?:

1) количество детей, которых может родить одна женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

2) количество девочек, которых может родить женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

3) общее количество детей, родившихся живыми за год на данной территории;

4) общее количество детей, родившихся живыми и мертвыми за год у женщин состоявших в браке;

Компетенции: ПК-4

22. КОЭФФИЦИЕНТ СУММАРНОЙ ПЛОДОВИТОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

1) (число родившихся живыми за год $\times 1000$) / средняя численность женщин в возрасте 15-49 лет;

2) (общая плодовитость, вычисленная на 1000 жен. детородного возраста $\times 35$) / 1000;

3) (число детей, рожденных 1000 женщин за плодovитый период жизни) / 1000;

4) (средняя численность женщин в возрасте 15-49 $\times 1000$) / число родившихся живыми за год;

Компетенции: ПК-4

23. БРУТТО-КОЭФФИЦИЕНТ ВОСПРОИЗВОДСТВА ДАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ?:

1) характеризует степень замещения поколения женщин их дочерьми при длительном сохранении соответствующих уровней рождаемости и смертности;

2) сколько детей сможет родить одна женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

3) как воспроизводится женское население, т. е. сколько девочек родит женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

4) как воспроизводится мужское население, т. е. сколько мальчиков родит одна женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

Компетенции: ПК-17

24. НЕТТО-КОЭФФИЦИЕНТ ВОСПРОИЗВОДСТВА ДАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ?:

1) как воспроизводится мужское население, т. е. сколько мальчиков родит одна женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

2) как воспроизводится женское население, т. е. сколько девочек родит одна женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте;

3) в какой мере детородный контингент воспроизводит самоё себя, то есть сколько, девочек из общего их числа, рожденных одной женщиной за время пребывания ее в детородном возрасте, доживает до возраста своей матери;

4) в какой мере воспроизводится мужское и женское население женщинами за время пребывания их в детородном возрасте;

Компетенции: ПК-4

25. В НОРМЕ НЕТТО-КОЭФФИЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ::

1) не меньше 2;

2) не больше 3;

3) не меньше 1;

4) 50%;

Компетенции: ПК-4

26. СНИЖЕНИЕ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЖИЗНИ ЗАВИСИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ::

1) от повозрастных показателей смертности и прежде всего младенческой;

2) от показателей рождаемости;

3) от показателей перинатальной смертности;

4) от показателей материнской смертности;

Компетенции: ПК-4

27. ПОКАЗАТЕЛЬ ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА НАСЕЛЕНИЯ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:

1) (число родившихся - число умерших $\times 100$) / среднегодовая численность населения;

2) (число родившихся - число умерших $\times 1000$) / число детей родившихся живыми и мертвыми;

3) (число родившихся - число умерших $\times 1000$) / среднегодовая численность населения;

4) (среднегодовая численность населения $\times 1000$) / (число родившихся - число умерших);

Компетенции: ПК-4

28. ОТНОШЕНИЕ ОБЩЕГО ЧИСЛА РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ ЗА ГОД К СРЕДНЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА - ЭТО ПОКАЗАТЕЛЬ:

1) брачной плодовитости;

- 2) суммарной плодовитости;
- 3) брутто воспроизводства;
- 4) общей плодовитости;

Компетенции: ПК-4

29. ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ К СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, УМНОЖЕННОЕ НА 1000 – ЭТО ПОКАЗАТЕЛЬ::

- 1) естественного прироста;
- 2) общей плодовитости;
- 3) рождаемости;
- 4) суммарной плодовитости;

Компетенции: ПК-18

30. УРОВЕНЬ РОЖДАЕМОСТИ В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ ЗАВИСИТ::

- 1) от численности населения;
- 2) от числа браков и разводов;
- 3) от количества мужчин трудоспособного возраста;
- 4) от количества женщин фертильного возраста;

Компетенции: ПК-4

31. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД – ЭТО::

- 1) Период с 22 полных недель беременности (154 дней) (обычно вес плода составляет 500 граммов) до 6 дней жизни;
- 2) Период с 24 полных недель беременности (166 дней) (обычно вес плода составляет 500 граммов) до 6 дней жизни;
- 3) Период от рождения до 168 часов жизни ребенка;
- 4) Период от начала родов до 168 часов жизни ребенка;

Компетенции: ПК-4

32. К ОСНОВНЫМ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОСИТСЯ::

- 1) инвалидность;
- 2) смертность;
- 3) больничная летальность;
- 4) число часто и длительно болеющих;

Компетенции: ПК-4

33. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) заболеваемость;
- 2) смертность;
- 3) младенческая смертность;
- 4) рождаемость;

Компетенции: ПК-4

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Население города Н составляет 55000 человек, из них 20000 женщин фертильного возраста. Ежегодно рождается 1500 детей.

Вопрос 1: Рассчитайте и оцените коэффициент рождаемости.;

Вопрос 2: Рассчитайте и оцените коэффициент общей и суммарной плодовитости.;

Вопрос 3: Какие основные факторы влияют на рождаемость.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-6

2. В регионе проживает 2996923 человека. В 2016 г в крае умерло 47351 человек, родилось 33865 детей.

Вопрос 1: Рассчитайте коэффициент смертности населения Красноярского края в 2016 году;

Вопрос 2: Рассчитайте коэффициент естественного прироста населения Красноярского края в 2016 году;

Вопрос 3: Какова динамика смертности и рождаемости за последнее десятилетие в Красноярском крае.;

Вопрос 4: 4. Заполните свидетельство о смерти.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ОПК-6

3. Вычислите и оцените показатель материнской смертности, если за 2016 год в городе Х родилось живыми 50000 детей, умерло беременных: от аборта по социальным показаниям - 1, от криминального аборта - 2, от осложнения ревматизма на 22 неделе беременности - 1, от осложнений гриппа на 18 неделе беременности - 1, от эклампсии на 3-й день после родоразрешения - 1, от сепсиса на 50 день после родов - 1, на 30 неделе беременности в дорожно-транспортном происшествии - 1.

Вопрос 1: Дайте определение показателя материнская смертность;

Вопрос 2: Рассчитайте показатель материнской смертности.;

Вопрос 3: Как данный показатель соотносится с общероссийским.;

Компетенции: ПК-4

4. В городе Н в 2003 г родилось живыми 1735 детей, из них 50 умерли в первую неделю после рождения, 73 ребенка родились мертвыми.

Вопрос 1: Рассчитайте показатель перинатальной смертности.;

Вопрос 2: Рассчитайте показатель мертворождаемости.;

Вопрос 3: Какие факторы, влияют на мертворождаемость.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-6

5. Число вновь возникших онкологических заболеваний (ОЗ) в Регионе Х составило 50300, общее число зарегистрированных заболеваний составило 80050. Численность населения 3000000 человек. 1. Охарактеризуйте понятие общая заболеваемость.

Вопрос 1: Рассчитайте общую заболеваемость ОЗ;

Вопрос 2: Охарактеризуйте понятие первичная заболеваемость;

Вопрос 3: Рассчитайте первичную заболеваемость ОЗ. Сравнить первичную заболеваемость с прошлым годом, когда она составляла 15,2 на 1000 жителей.;

Компетенции: ПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Медико-социальные аспекты демографических процессов. Медицинская демография как наука. Основные показатели оценки демографической ситуации. Общемировые тенденции динамики рождаемости и смертности. Демографическая ситуация в России. Демографический «крест» (проблемы и пути решения)

2. Прогноз медико-демографической ситуации в Красноярском крае, оценка роли края в улучшении показателей демографии в стране.

3. Болезни системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru/>)

Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю (<http://krasstat.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 4. Заболеваемость населения (1 часть). (Компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-17, ОПК-5, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Состояние здоровья населения вызывает серьезную озабоченность, в связи с этим перед здравоохранением стоит первостепенная задача – сохранить и укрепить здоровье нации. Для этого необходимо знать каковы современные тенденции заболеваемости, что позволит разработать ряд профилактических программ, спланировать деятельность медицинских учреждений и пр., тем самым улучшить критическую ситуацию ухудшения здоровья населения нашей страны.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику расчета показателей медицинской статистики; правила проведения экспертизы трудоспособности (стойкой и временной) пациентов, оформления соответствующей медицинской документации, принципы определения необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу, профилактики инвалидизации среди взрослого населения и подростков, **уметь** давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности), **владеть** методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. 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:

1. Инфекционная заболеваемость — требует быстрого проведения противоэпидемических мероприятий
2. Госпитальная заболеваемость — сведения о ней используются для планирования коечного фонда
3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности — определяет экономические затраты

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

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите основные виды учитываемой заболеваемости населения

Компетенции: ПК-4

2. Как регистрируются хронические заболевания

Компетенции: ПК-4

3. Как вычисляются показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности?

Компетенции: ПК-7

4. Как осуществляется учет и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности? Значение для оценки здоровья населения.

Компетенции: ПК-7

5. Госпитализированная заболеваемость. Значение для планирования потребности населения в стационарной помощи.

Компетенции: ПК-4

6. Как осуществляется учет и анализ госпитализированной заболеваемости

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ ДАЕТ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЕ СВЕДЕНИЯ::

- 1) о больничной летальности;
- 2) о заболеваемости с ВУТ;
- 3) об общей заболеваемости;

Компетенции: ПК-4

2. ВЕЛИЧИНА ПОКАЗАТЕЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ЗАВИСИТ::

- 1) от скорости появления новых заболеваний;
- 2) от скорости накопления больных среди населения;
- 3) от скорости распространения заболеваний;
- 4) от миграции больных среди населения;

Компетенции: ПК-4

3. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОРАЖЕННОСТЬ ТОГО ИЛИ ИНОГО КОЛЛЕКТИВА (НАСЕЛЕНИЯ) ОТДЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАВИСИТ::

- 1) от заболеваемости данного года, выявленной на момент медицинского осмотра;
- 2) от заболеваемости прошлых лет, выявленной на момент медицинского осмотра;
- 3) от заболеваемости данного года и заболеваемости прошлых лет, выявленные на момент медицинского осмотра;
- 4) от смертности данного года;

Компетенции: ПК-4

4. ЕСЛИ НА КАЖДЫЕ 1000 ЖИТЕЛЕЙ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ИМЕЕТСЯ 15 СЛУЧАЕВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ТО ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО НАСЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА::

- 1) 0,15 %;
- 2) 1,5 %;
- 3) 15 %;
- 4) 150 %;

Компетенции: ПК-4

5. ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ::

- 1) количество показаний для госпитализации;
- 2) качество отбора на диспансеризацию;
- 3) отбор на амбулаторное лечение;
- 4) общую смертность населения;

Компетенции: ПК-4

6. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

- 1) по обращаемости за медицинской помощью;
- 2) переписи населения;
- 3) переписи больных;
- 4) антропометрические измерения;

Компетенции: ПК-4

7. ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАЮТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ::

- 1) об общей заболеваемости;
- 2) об качестве организации профосмотров;
- 3) о распространенности тяжелой патологии;
- 4) о патологической пораженности населения;

Компетенции: ПК-4

8. ПОКАЗАТЕЛЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) $(\text{число госпитализированных больных} \times 1000) / \text{число всех заболевших}$;
- 2) $(\text{абсолютн. число случ. госпитализации} \times 1000) / \text{средняя численность населения}$;
- 3) $(\text{число всех заболевших} \times 1000) / \text{число госпитализированных больных}$;

- 4) (средняя численность населения x 1000) / абсолютное число случаев госпитализации;

Компетенции: ПК-4

9. НА КАЖДОГО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОГО БОЛЬНОГО ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТАТИСТИЧЕСКИЙ ДОКУМЕНТ:

- 1) стат. талон № 025-2/у;
- 2) медицинская карта амбулаторного больного № 025/у;
- 3) отчет ЛПУ № 1;
- 4) карта выбывшего из стационара № 066/у;

Компетенции: ОПК-6

10. БОЛЕЗНЕННОСТЬ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ) - ЭТО::

- 1) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные обращались в данном году;
- 2) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний;
- 3) совокупность заболеваний, зарегистрированных среди населения в предыдущие годы;
- 4) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы при проведении профилактических осмотров;

Компетенции: ПК-4

11. ПРИ ПОЛНОЙ И ТОЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

- 1) патологической пораженности;
- 2) госпитализированной;
- 3) общей;
- 4) неэпидемической;

Компетенции: ПК-4

12. КРИТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ПРИ ОТБОРЕ ГРУППЫ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ:

- 1) средняя длительность случая утраты трудоспособности;
- 2) число дней госпитализации пациентов трудоспособного возраста;
- 3) число случаев инвалидности среди жителей трудоспособного возраста;
- 4) число дней утраты трудоспособности;

Компетенции: ПК-4

13. СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ “ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ”:

- 1) совокупность посещений в медицинские учреждения;
- 2) совокупность зарегистрированных болезней среди населения;
- 3) совокупность случаев впервые выявленных заболеваний среди населения;
- 4) совокупность болеющих лиц среди населения;

Компетенции: ПК-4

14. ВИДЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙСЯ ГРУППОЙ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ:

- 1) общая заболеваемость;
- 2) острая инфекционная заболеваемость;
- 3) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- 4) заболеваемость с временной утратой трудоспособности;

Компетенции: ПК-4

15. ЦЕЛИ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ::

- 1) характеристика резервов здоровья населения;
- 2) планирование медицинской помощи;
- 3) оценка уровня санитарной культуры населения;
- 4) оценка состояния здоровья пациента;

Компетенции: ПК-4

16. МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

- 1) по причинам смерти;
- 2) по переписи населения;
- 3) по структуре вызовов скорой медицинской помощи;
- 4) по антропометрическим измерениям;

Компетенции: ПК-4

17. ВИДЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

- 1) систематическая заболеваемость;
- 2) не систематическая заболеваемость;
- 3) периферическая заболеваемость;
- 4) патологическая пораженность;

Компетенции: ПК-4

18. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ И ПОЛНОТУ СВЕДЕНИЙ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ::

- 1) использование международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти;
- 2) использование клинических классификаций;
- 3) систематичность проведения осмотров;
- 4) частота обращений за медицинской помощью;

Компетенции: ПК-4

19. ИСТОЧНИК ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ::

- 1) отчет о причинах временной рудоспособности;
- 2) листок нетрудоспособности;
- 3) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов;
- 4) медицинская карта амбулаторного больного;

Компетенции: ПК-7

20. УГЛУБЛЕННОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВУТ НЕОБХОДИМО ДЛЯ::

- 1) увеличения занятости койки;
- 2) оценки эффективности оздоровительных мероприятий;
- 3) оценки ожидаемой продолжительности жизни;
- 4) оценки посещаемости ЛПУ;

Компетенции: ПК-7

21. ПОКАЗАТЕЛЬ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ::

- 1) число зарегистрированных заболеваний с диагнозом установл. впервые $X 1000 /$ численность обслуживаемого населения;
- 2) число отдельных заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни с установл. диагнозом $X 1000 /$ численность обслуживаемого населения;
- 3) число зарегистрированных заболеваний с диагнозом устан. впервые в жизни $X 100 /$ число отдельных заболеваний с диагнозом установленным впервые в жизни;
- 4) число отдельных заболеваний с диагнозом установл. впервые в жизни $X 100 /$ число зарегистрированных заболеваний с диагнозом устоновленным впервые в жизни;

Компетенции: ПК-4

22. УЧЕТУ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДЛЕЖАТ::

- 1) осложнения;
- 2) основные группы болезней;
- 3) жалобы больного;
- 4) остаточные явления;

Компетенции: ПК-4

23. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НЕСКОЛЬКИХ ОСНОВНЫХ, САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ, НЕЗАВИСИМЫХ ДРУГ ОТ ДРУГА ЗАБОЛЕВАНИЙ, РЕГИСТРАЦИИ ПОДЛЕЖАТ::

- 1) все заболевания;
- 2) заболевания не регистрируются;
- 3) только одно основное заболевание;
- 4) основное заболевание и два сопутствующих;

Компетенции: ПК-4

24. СПЕЦИАЛЬНОМУ УЧЕТУ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДЛЕЖАТ::

- 1) Острые респираторные вирусные инфекции;
- 2) Отравления сурогатами алкоголя;
- 3) заболевания лиц без определенного места жительства;
- 4) туберкулез;

Компетенции: ПК-4

25. ЕДИНИЦЕЙ УЧЕТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВУТ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) больной;
- 2) листок нетрудоспособности;
- 3) случай потери трудоспособности;
- 4) коллектив работающих;

Компетенции: ПК-4

26. ПОКАЗАТЕЛЬ ЧАСТОТЫ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВУТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) $(\text{среднее число работающих} \times 100) / \text{число случаев временной нетрудоспособности};$
- 2) $\text{число случаев временной нетрудоспособности} \times \text{среднее число работающих};$

- 3) (число случаев врем. нетрудоспособн. x 100) / среднее число работающих;
- 4) (число случаев временной нетрудоспособности) / число дней временной нетрудоспособности;

Компетенции: ПК-4

27. ЧИСЛО ДНЕЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРИХОДЯЩЕЕСЯ НА 100 РАБОТАЮЩИХ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (число дней временн. нетрудоспособн. x 100) / среднее число работающих;
- 2) (число дней временн. нетрудоспособн. x 100) / число случаев временной нетрудоспособности;
- 3) (среднее число работающих x 100) / число дней временной нетрудоспособности;
- 4) (число случаев врем. нетрудоспособн. x 100) / число дней временной нетрудоспособности;

Компетенции: ПК-4

28. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО СЛУЧАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) число случаев временн. нетрудоспособности / число дней временной нетрудоспособности;
- 2) число случ. временн. нетрудоспособности X число дней временн. нетрудоспособности;
- 3) число дней временной нетрудоспособности / среднее число работающих;
- 4) число дней временной нетрудоспособности / число случаев;

Компетенции: ПК-4

29. ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (средняя численность населения x 1000) / число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни за год;
- 2) (число случаев заболеваний, зарегистрир-х впервые в жизни за год x 1000) / число всех заболеваний;
- 3) (число всех имеющ-ся у насел-я заболевл. x 1000) / число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни за год;
- 4) (число случаев заболеваний, зарегистрир. впервые в жизни за год x 1000) / средняя численность населения;

Компетенции: ОПК-5

30. КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭТО:

- 1) экстенсивный коэффициент;
- 2) интенсивный коэффициент;
- 3) показатель наглядности;
- 4) показатель соотношения;

Компетенции: ПК-4

31. ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭТО::

- 1) частота возникновения заболеваний среди населения в единицу времени;
- 2) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном году заболеваний среди населения;
- 3) заболеваемость, возникшая у человека впервые в жизни;
- 4) заболеваемость, возникшая у человека впервые в жизни и потребовавшая госпитализации;

Компетенции: ПК-4

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Частота всех имеющихся заболевания у населения региона в составляет 3951300. Численность населения 3000000 человек.

Вопрос 1: Рассчитать и оценить общую заболеваемость в текущем году и пять лет назад, когда общая заболеваемость была ниже на 15,4%;

Вопрос 2: Учитываются ли в первичной заболеваемости случаи ОРВИ возникающие повторно в течении календарного года;

Вопрос 3: Учитывается ли в первичную заболеваемость хронические заболеваний;

Компетенции: ПК-17, ОПК-5, ОПК-6

2. На предприятии работают 3800 человек. Число случаев временной утраты трудоспособности 1700. Число дней ВУТ 32000.

Вопрос 1: Рассчитайте число дней ВУТ на 100 работающих;

Вопрос 2: Рассчитайте число случаев ВУТ на 100 работающих;

Вопрос 3: Рассчитайте среднюю продолжительность одного случая нетрудоспособности;

Вопрос 4: Заполните учетную форму N 025-12/У-10-СПБ;

Компетенции: ПК-4, ОПК-6

3. Рассчитать заболеваемость населения края вирусным гепатитом, если известно, что число случаев заболеваемости вирусным гепатитом составило 8458 случаев, в том числе впервые 5002; численность населения края составляет 3 млн. человек.

Вопрос 1: Охарактеризуйте понятие общая заболеваемость;

Вопрос 2: Рассчитайте общую заболеваемость вирусными гепатитами;

Вопрос 3: Охарактеризуйте понятие первичная заболеваемость. Рассчитайте первичную заболеваемость вирусными гепатитами;

Компетенции: ПК-4

4. Число вновь возникших заболеваний органов дыхания (БОД) в Регионе X составило 108600, общее число зарегистрированных заболеваний составило 250200. Численность населения 3000000 человек.

Вопрос 1: Охарактеризуйте понятие общая заболеваемость;

Вопрос 2: Рассчитайте общую заболеваемость БОД;

Вопрос 3: Охарактеризуйте понятие первичная заболеваемость. Рассчитайте первичную заболеваемость БОД;

Компетенции: ПК-4

5. Число вновь возникших болезней системы кровообращения (БСК) в Регионе X составило 265000, общее число зарегистрированных заболеваний составило 700000. Численность населения 3000000 человек.

Вопрос 1: Охарактеризуйте понятие общая заболеваемость;

Вопрос 2: Рассчитайте общую заболеваемость БСК;

Вопрос 3: К какому типу относится заболеваемость БСК. Рассчитайте первичную заболеваемость БСК;

Компетенции: ПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Показатели общей заболеваемости в Красноярском крае
2. Показатели первичной заболеваемости в Красноярском крае
3. Заболеваемость населения как критерий оценки общественного здоровья. Эпидемиологический и неэпидемиологический тип заболеваемости

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru/>)

Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю (<http://krasstat.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 5. Заболеваемость населения (2 часть). (Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Состояние здоровья населения вызывает серьезную озабоченность, в связи с этим перед здравоохранением стоит первостепенная задача – сохранить и укрепить здоровье нации. Для этого необходимо знать каковы современные тенденции заболеваемости, что позволит разработать ряд профилактических программ, спланировать деятельность медицинских учреждений и пр., тем самым улучшить критическую ситуацию ухудшения здоровья населения нашей страны.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику расчета показателей медицинской статистики; **уметь** давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности), организовать профилактическую работу с целевыми группами населения., **владеть** методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

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).

8. Вопросы по теме занятия

1. Международная классификация болезней основные принципы составления. Главные задачи которые здравоохранение решает с помощью МКБ.

Компетенции: ПК-4

2. Международная классификация болезней, травм и причин смерти. Ее значение в работе врача.

Компетенции: ПК-4

3. Как ведется учет важнейших неэпидемических заболеваний. Социально-гигиеническое значение основных неэпидемических заболеваний.

Компетенции: ПК-4

4. Инфекционная заболеваемость. Учет и анализ. Социально-гигиеническое значение.

Компетенции: ПК-4

5. В чем особенности изучения инфекционной заболеваемости.

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ БОЛЕЗНЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ, ТРАВМ И ПРИЧИН СМЕРТИ 10 ПЕРЕСМОТРА:

- 1) 11;
- 2) 19;
- 3) 20;
- 4) 21;

Компетенции: ПК-4

2. ПРИНЦИП ПОСТРОЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ, ТРАВМ И ПРИЧИН СМЕРТИ.:

- 1) болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, представлена отдельной рубрикой;
- 2) не предусмотрены рубрики для других и неуточненных состояний;
- 3) МКБ не предназначена для практического использования;
- 4) МКБ предназначена для индексации отдельных клинических случаев;

Компетенции: ПК-4

3. КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА?:

- 1) 10;
- 2) 15;
- 3) 17;
- 4) 21;

Компетенции: ПК-4

4. ОТЧЕТНЫЙ ДОКУМЕНТ СОСТАВЛЯЮЩИЙСЯ ЕЖЕМЕСЯЧНО В ЦСЭН И ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ЕДИНСТВЕННЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ВЫШЕСТОЯЩИХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О ПОДТВЕРЖДЕННЫХ СЛУЧАЯХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?:

- 1) журнал регистрации инф. заболеваний (№ 060/у);
- 2) стат. талон (№ 025-2 /у);
- 3) “о движении инф. заболеваний” (№ 85- инф.);
- 4) отчет ЛПУ (№ 1);

Компетенции: ОПК-6

5. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (число случаев инф. заболеваний x 100 000) / число всех заболеваний;

- 2) (число случаев инф. заболеваний x 100 000) / численность населения данной территории;
- 3) (среднегодовая числен-ть населения x 100 000) / численность населения данной территории;
- 4) (число случаев инф. заболеваний x 1000) / число всех заболеваний;

Компетенции: ПК-4

6. УЧЕТНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ?:

- 1) ф. 089/ у;
- 2) ф. 025/ у;
- 3) ф. 066/ у;
- 4) ф. 090/ у;

Компетенции: ОПК-6

7. НЕЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (число зарегистрированных важнейших неэпидемических заболеваний x 100 000) / среднегодовая численность населения;
- 2) (число зарегистрированных важнейших неэпид. заболеваний x 100 000) / число всех заболеваний;
- 3) (число всех заболеваний x 100 000) / число зарегистр. важн. неэпид. забол.;
- 4) (число зарегистрированных важнейших неэпид. заболеваний x 100 000) / число инфекционных заболеваний;

Компетенции: ПК-4

8. ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДАЮТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ::

- 1) об общей заболеваемости;
- 2) об качестве организации профосмотров;
- 3) о распространенности тяжелой патологии;
- 4) о патологической пораженности населения;

Компетенции: ПК-4

9. ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ::

- 1) количество показаний для госпитализации;
- 2) качество отбора на диспансеризацию;
- 3) отбор на амбулаторное лечение;
- 4) общую смертность населения;

Компетенции: ПК-4

10. ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (число случаев инф. заболеваний X 100 000) / среднегодовая численность населения;
- 2) (число случаев инф. заболеваний X 100000) / число всех заболеваний;
- 3) (число случаев инф. заболеваний X 1000) / число обращений в поликлинику;
- 4) (число случаев инф. заболеваний X 1000) / число обращений в поликлинику+число госпитализаций в стационар;

Компетенции: ПК-4

11. ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРУППИРОВКА ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ::

- 1) клинического диагноза;
- 2) международной классификации болезней;
- 3) указаний органов здравоохранения;
- 4) рекомендаций отдела мед. статистики;

Компетенции: ПК-4

12. ПРИ ПОЛНОЙ И ТОЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

- 1) патологической пораженности;
- 2) госпитализированной;
- 3) общей;
- 4) неэпидемической;

Компетенции: ПК-4

13. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ЦСЭН ДОЛЖНО БЫТЬ НАПРАВЛЕНО::

- 1) в первый день после выявления;
- 2) в первую неделю после выявления;
- 3) в течение 12-ти часов после выявления;
- 4) в течение 5-ти часов после выявления;

Компетенции: ПК-18

14. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭТО::

- 1) частота возникновения острых инфекционных или острозаразных заболеваний среди населения в единицу времени;
- 2) совокупность инфекционных или паразитарных заболеваний, имеющих среди населения;
- 3) частота возникновения эпидемий инфекционных заболеваний среди населения;
- 4) частота возникновения пандемий инфекционных заболеваний среди населения;

Компетенции: ПК-4

15. ВЫЯВЛЕНИЕМ ВАЖНЕЙШИХ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАНИМАЮТСЯ::

- 1) врачи соответствующих диспансеров;
- 2) врачи - медицинские статистики;
- 3) работники ЦСЭН;
- 4) участковые врачи территориальных поликлиник;

Компетенции: ОПК-6

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Число вновь возникших заболеваний органов пищеварения в Красноярском крае составило 108600. Число случаев заболеваемости гепатитом АБС составило 8458 случаев. Численность населения 3 мил.человек.

Вопрос 1: Рассчитать первичную заболеваемость населения болезнями пищеварения и сравнить с прошлым годом, когда первичная заболеваемость составляла 37,4.;

Вопрос 2: Рассчитать заболеваемость населения региона гепатитом АБС;

Вопрос 3: Какие причины первичной заболеваемости лидируют в Красноярском крае.;

Вопрос 4: Заполните учетную форму N 025-12/У-10-СПБ;

Компетенции: ПК-18, ОПК-6

2. Во время амбулаторного приёма к участковому врачу обратилась больная, которой при осмотре был поставлен диагноз «острая дизентерия».

Вопрос 1: Какова тактика врача?;

Вопрос 2: По какому классу МКБ кодируются инфекционные заболевания.;

Компетенции: ПК-4

3. Число вновь возникших онкологических заболеваний (ОЗ) в Регионе X составило 50300, общее число зарегистрированных заболеваний составило 80050. Численность населения 3000000 человек.

Вопрос 1: Охарактеризуйте понятие общая заболеваемость.;

Вопрос 2: Рассчитайте общую заболеваемость ОЗ;

Вопрос 3: Охарактеризуйте понятие первичная заболеваемость. Рассчитайте первичную заболеваемость ОЗ.;

Компетенции: ПК-4

4. Число вновь возникших заболеваний сердечнососудистой системы в Красноярском крае составило 108600, общее число зарегистрированных заболеваний составило 250200. Численность населения 3000000 человек. Рассчитать первичную заболеваемость населения болезнями сердечнососудистой системы и сравнить с прошлым годом, когда первичная заболеваемость составляла 37,4.

Вопрос 1: Охарактеризуйте понятие общая заболеваемость.;

Вопрос 2: Рассчитайте общую заболеваемость ССС.;

Вопрос 3: Охарактеризуйте понятие первичная заболеваемость. Рассчитайте первичную заболеваемость ССС.;

Компетенции: ПК-4

5. Оценить уровень заболеваемости с ВУТ на промышленном предприятии, если известно, что на нем работают 3800 человек. Число случаев временной утраты трудоспособности 1700. Число дней ВУТ 3200. Показатель числа дней ВУТ в прошлом году составлял 50,1 на 100 работающих.

Вопрос 1: Охарактеризуйте показатель ВУТ.;

Вопрос 2: Рассчитайте число дней на 100 работающих.;

Вопрос 3: Рассчитайте число случаев на 100 работающих.;

Вопрос 4: Рассчитайте среднюю длительность одного случая ВУТ.;

Вопрос 5: Оцените динамику числа дней ВУТ на 100 работающих.;

Компетенции: ПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Болезни системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема
2. Онкологические заболевания как социально-гигиеническая проблема
3. Травмы и отравления как социально-гигиеническая проблема

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- **дополнительная:**

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын,

Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru/>)

Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю (<http://krasstat.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

1. Тема № 6. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению (часть 1). (Компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-17, ПК-18, ОПК-6, ПК-2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В России реализуется национальный проект «ЗДОРОВЬЕ», одной из основных задач которого является сохранение и укрепление здоровья детского населения, как основы национальной безопасности. Работа амбулаторно-поликлинической службы занимает основное место в решении этой задачи.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., **уметь** оценить качество оказания медицинских услуг., провести статистическое исследование. осуществить правильный выбор статистических методов для анализа статистики и динамики деятельности системы здравоохранения и состояния здоровья населения., **владеть** методикой расчета и дать оценку показателей работы амбулаторно-поликлинических учреждений.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ПМСП - основа системы оказания медицинской помощи, включающая мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее - медицинские организации).

Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению:

а) в качестве бесплатной - в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, а также в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

б) в качестве платной медицинской помощи - за счет средств граждан и организаций.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

- амбулаторно;
- в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:

- **первичная доврачебная медико-санитарная помощь**, которая оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;
- **первичная врачебная медико-санитарная помощь**, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов врачей общей практики (семейных врачей), центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики;
- **первичная специализированная медико-санитарная помощь**, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-

участковому принципу.

Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой);
- врача общей практики (семейного врача);
- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);
- акушерский;
- приписной.

Обслуживание населения на участках осуществляется:

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;
- врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;
- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на **фельдшерском участке - 1300 человек** взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на **терапевтическом участке - 1700 человек** взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в **сельской местности, - 1300 человек** взрослого населения);
- на **участке врача общей практики - 1200 человек** взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на **участке семейного врача - 1500 человек** **взрослого и детского населения;**
- на **комплексном участке - 2000 и более человек** взрослого и детского населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

Для оказания медицинской помощи больным с острыми хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию, может организовываться стационар на дому при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов.

При организации стационара на дому осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации врачей-специалистов по профилю заболевания.

В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ПМСП — самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения.

Организация деятельности учреждений, оказывающих ПМСП, базируется на 4 основополагающих принципах:

- Участковость
- Доступность
- Преемственность и этапность лечения
- Профилактическая направленность

Участковость

Большая часть учреждений, оказывающих ПМСП, работает по участковому принципу: за ними закреплены определенные территории, которые, в свою очередь, разделены на территориальные участки. Участки формируют в зависимости от численности населения. За каждым из них закреплены участковые врач (терапевт, педиатр) и медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы врачей следует учитывать не только численность населения, но и протяженность, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и др.

Доступность

Реализацию этого принципа обеспечивает широкая сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, действующих на территории Российской Федерации. В 2011 г. в России функционировало более 13 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых медицинская помощь была оказана более 50 млн человек. Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в учреждение, оказывающее ПМСП, как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность и бесплатность ПМСП населению обеспечивает ПГТ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Преемственность и этапность лечения

ПМСП — первый этап единого технологического процесса оказания медицинской помощи «поликлиника — стационар — учреждения восстановительного лечения». Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр (КДЦ), диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преемственность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечивая комплексность профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных. Одним из направлений в достижении этой цели служит внедрение электронной истории болезни (электронного паспорта больного).

Профилактическая направленность

Учреждения, оказывающие ПМСП, призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повышать качество жизни.

Приоритетное направление деятельности этих учреждений — **диспансерная работа**. **Диспансеризация** - направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

В профилактической деятельности учреждений, оказывающих ПМСП, выделяют **первичную, вторичную и третичную профилактику**.

Диспансерный метод прежде всего используют в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации эти контингенты берут на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важное направление профилактической работы учреждений, оказывающих ПМСП, - прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводят по соответствующему календарю, взрослому — по желанию и показаниям.

Дальнейшее развитие ПМСП должно быть направлено на решение следующих задач:

- обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех групп населения, проживающих в любых

- регионах страны;
- полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи;
- усиление профилактической направленности в деятельности учреждений, оказывающих ПМСП;
- повышение эффективности работы учреждений, оказывающих ПМСП, совершенствование управления;
- повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается амбулаториями и поликлиниками, входящими в состав больниц, самостоятельными городскими поликлиниками, сельскими врачебными амбулаториями, диспансерами, узкоспециализированными поликлиниками (стоматологические, физиотерапевтические и др.), женскими консультациями, здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами. В стране имеется более 16 000 амбулаторно-поликлинических учреждений, число посещений в них к врачам ежегодно более 1,0 млрд. На 1 городского жителя в среднем приходится 9,0 посещений к врачам (2006). Почти 80% всех обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники.

Среди амбулаторно-поликлинических учреждений ведущими являются поликлиника и амбулатория, которые составляют более 75% учреждений внебольничного типа, а число врачебных посещений в них — около 85%.

Поликлиника — это специализированное ЛПУ, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и их осложнений. Городскому населению в основном оказывает помощь городская поликлиника. Если поликлиника предназначена исключительно или в основном для оказания медицинской помощи работникам промышленных предприятий, строительных организаций и предприятий транспорта, то ее считают **медико-санитарной частью** (или основным подразделением медико-санитарной части).

Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В амбулатории ведут прием по одной специальности или небольшому числу специальностей: терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии и др.

Поликлиники различают по организации работы (объединенные со стационаром и необъединенные — самостоятельные), по территориальному признаку (городские и сельские), по профилю (общие для обслуживания взрослого и детского населения и поликлиники, обслуживающие только взрослое или только детское население, специализированные: стоматологические, физиотерапевтические, курортные и др.).

Основные задачи поликлиники:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- диспансеризация населения, прежде всего лиц с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических и других социально значимых болезней;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.

Организационная структура АПУ

Поликлинику возглавляет **главный врач**, который руководит деятельностью учреждения и несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность. Он разрабатывает план работы учреждения и организует его выполнение.

Главный врач проводит подбор кадров медицинского и административно-хозяйственного персонала, несет ответственность за их работу, выносит поощрения хорошо работающим инициативным сотрудникам и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины; осуществляет расстановку кадров, организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, готовит резерв руководителей подразделений, устанавливает распорядок работы учреждения, утверждает графики работы персонала и др.

Главный врач распоряжается кредитами, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей, правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, медицинских и финансовых отчетов,

своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения, а также принимает по ним необходимые меры.

Из числа наиболее квалифицированных и обладающих организаторскими способностями врачей главный врач назначает своего **первого заместителя - заместителя по лечебной работе**, который в период отсутствия главного врача исполняет его обязанности. Он фактически отвечает за всю профилактическую и лечебно-диагностическую деятельность учреждения. У главного врача есть и другие заместители: **по клиничко-экспертной работе, административно-хозяйственной части**.

Свою долю ответственности за качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике, соблюдение персоналом медицинской этики несут и **заведующие отделениями**. Они осуществляют непосредственное руководство профилактической и лечебно-диагностической работой врачей, контролируют ее, консультируют больных со сложными в диагностическом плане формами заболеваний, контролируют обоснованность выдачи врачами листков временной нетрудоспособности; организуют своевременную госпитализацию больных, которым необходимо стационарное лечение, обеспечивают проведение мероприятий по повышению квалификаций врачей и среднего медицинского персонала. Лечение больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому, также проводится под постоянным контролем заведующего отделением.

Регистратура АПУ

Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с регистратуры, которая организует прием больных и их обслуживание на дому. Она выполняет следующие задачи:

- ведет запись на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
- регулирует интенсивность потока пациентов с целью обеспечения равномерной нагрузки на приеме, распределение больных по видам оказываемой помощи;
- осуществляет своевременный подбор медицинской документации и доставку ее в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.

В практике ПМСП используют три основных способа организации записи пациентов на прием к врачу: талонную систему, самозапись и комбинированный способ.

В настоящее время в ряде городов страны реализуется проект «Электронная регистратура». Он предусматривает значительное повышение оперативности записи населения на прием к врачу и систему мониторинга доступности медицинской помощи в регионе, населенном пункте или отдельно взятом медицинском учреждении.

«Электронная регистратура» дает пациенту возможность записаться на прием к врачу следующими способами: по единому номеру телефона; через Интернет; через информационный киоск, расположенный в вестибюле поликлиники; через регистратуру поликлиники.

«Электронная регистратура» не только повышает оперативность записи пациентов на прием к врачам, но и служит эффективным управленческим инструментом для руководителей органов управления здравоохранением и амбулаторно-поликлинических учреждений. Создаваемая информационная база позволяет в течение короткого времени формировать необходимую отчетность, а также управлять потоками пациентов в амбулаторно-поликлинические учреждения в режиме онлайн.

Вызвать врача на дом можно очно или по телефону. Принимаемые вызовы заносят в «Книгу записей вызова врача на дом» (форма 031/у), в которой указывают не только фамилию, имя, отчество и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведут как по каждому терапевтическому участку, так и по каждому из врачей узких специальностей.

Оптимальна форма работы регистратуры с использованием электронных (безбумажных) технологий хранения информации. Для этих целей необходимо создание локальной компьютерной сети в масштабе всей поликлиники с терминалами во всех врачебных кабинетах и лечебно-диагностических подразделениях.

В непосредственной близости от регистратуры должен располагаться кабинет доврачебного приема, который организуют в поликлинике для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Для работы в нем подбирают наиболее опытных медицинских сестер.

Основная фигура городской поликлиники для взрослых — **участковый терапевт**, который обеспечивает в поликлинике и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке. Терапевтические участки формируют из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок. В своей работе участковый терапевт непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением.

Важную роль в организации ПМСП населению играют врачи узких специальностей (кардиолог, эндокринолог, невропатолог, уролог, офтальмолог и др.), которые в своей работе непосредственно подчиняются заведующему отделением или заместителю главного врача по лечебной работе.

ЦЕНТР ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ

Центры общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП) принимают активное участие в оказании ПМСП населению. В 2011 г. в России действовало более 3500 ЦОВП.

ЦОВП организуют на территории муниципальных районов и городских округов. Участок ВОП формируют из расчета 1500 человек взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), участок семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения.

Как показывает накопленный за последнее десятилетие опыт, привлечение центров общей врачебной (семейной) практики к оказанию ПМСП ведет к значительному улучшению качества и доступности медицинской помощи, усилению профилактической работы, укреплению здоровья семьи.

Организация ЦОВП позволит со временем заменить действующую сеть врачебных амбулаторий в сельской местности, поликлиник — в городах, и улучшить оказание населению ПМСП.

Сложившаяся в последние годы практика показывает, что деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, акушерство и гинекология, хирургия, стоматология, офтальмология, оториноларингология, геронтология и др.

На должность ВОП (семейного врача) назначают специалистов, имеющих высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», окончивших клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или прошедших переподготовку и получивших сертификат специалиста по этой специальности. В обязанности ВОП входят:

- ведение амбулаторного приема, посещение больных на дому, оказание неотложной помощи;
- проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, лечение и динамическое наблюдение больных;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным;
- проведение санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, планированию семьи;
- ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.
- ВОП (семейный врач), как правило, выполняет функцию руководителя ЦОВП.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ И АНАЛИТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.

Для всех органов и учреждений здравоохранения существуют единые формы статистической отчетности, утверждаемые Федеральной службой государственной статистики (Росстат), а также единые формы учета и инструкции по их заполнению.

Это позволяет выполнять одно из важнейших требований к медицинской статистике — обобщать в государственном масштабе статистический материал по здравоохранению и сравнивать результаты по субъектам федерации, городам и районам. При правильном ведении учета составление государственного отчета не представляет трудностей.

Важными принципиальными особенностями медицинской статистики являются: во-первых, ее связь с процессом управления, использование статистических данных для планирования мероприятий в области здравоохранения и для оценки их реализации, иллюстрацией чему служат ежемесячные, ежеквартальные и годовые сообщения Росстата в частности, в области охраны здоровья населения; во-вторых, тесная взаимосвязь с практическими задачами организации здравоохранения: статистические данные ориентируют руководителей органов и учреждений здравоохранения в отношении состояния сети, кадров и лечебно-профилактической деятельности учреждений, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки и тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения в стране.

Анализ этих данных помогает вскрывать причины отрицательных показателей работы учреждения в целом или его отдельных структурных подразделений. В то же время, являясь как бы летописью учреждения, последовательно из года в год составляемый годовой отчет содержит сведения, необходимые для всякого рода справок, докладов и т. д.

Среди медицинских учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь населению, самыми массовыми и наиболее приближенными к населению являются поликлиники, амбулатории.

Основными документами, отражающими деятельность лечебно-профилактических учреждений, в том числе и амбулаторно-поликлинических учреждений являются:

- «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-04),
- «Лист для записи уточненных диагнозов» (вклеивается в медицинскую карту)
- «Талона амбулаторного пациента» различные модификации,
- «Ведомость учета врачебных посещений в ЛПУ, на дому» (ф. № 39/у-02).

«Медицинская карта амбулаторного больного» предназначена для записи врачебных наблюдений, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Эта форма заводится на каждого больного, обратившегося в поликлинику или вызвавшего врача на дом. В карте содержатся записи врачей всех специальностей при каждом посещении пациента по любому поводу. В специализированных амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) — противотуберкулезных, кожно-венерологических и онкологических — врачебные записи производятся в отдельной документации (специальные учетные формы). Однако и при наличии специализированных отделений в поликлинике, если больной туберкулезом, злокачественным новообразованием или др. обслужен терапевтом, хирургом, невропатологом, другим специалистом, записи о нем включаются в Медицинскую карту амбулаторного больного.

Медицинская карта амбулаторного больного содержит систематизированные записи заключительных (уточненных) диагнозов зарегистрированных заболеваний, а также результаты анализов, рентгенологических и других исследований, сведения о стационарном лечении, временной нетрудоспособности.

При тщательном и четком ведении медицинская карта, благодаря динамическим данным, облегчает врачу задачу правильной диагностики и назначения лечебно-профилактических мероприятий и способствует преемственности наблюдения и лечения больного.

На **лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов** заносятся все диагнозы, установленные при обращении в поликлинику и помощи на дому. «Лист» служит для выполнения двух задач:

- изучения контингента больных путем регистрации всех заболеваний, по поводу которых больные обращаются в данное лечебно-профилактическое учреждение как самостоятельно, так и по направлениям врачей после профилактических осмотров, и
- изучения заболеваемости населения обслуживаемой территории путем заполнения на основе данных «Листа», статистических талонов, обработки и сводки их, анализа сведений о всех зарегистрированных заболеваниях.

«Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов» позволяет врачу проследить у данного больного диагнозы в их последовательности и взаимосвязи и используется для отбора больных, подлежащих специальному наблюдению и диспансерному обслуживанию.

Одним из важнейших элементов организации нормальной деятельности поликлиники является регулирование и упорядочение потока посещения больных. В этом помогает ряд оперативно-учетных документов.

«Ведомость учета врачебных посещений в поликлинике (амбулатории) диспансере, консультации» (форма № 039/у-02) дает возможность видеть объем работы врача, распределения принятых больных по возрасту и составу. Ведомость ведется каждым врачом, который оказывает медицинскую помощь населению в поликлинике и на дому. В этом документе ежедневно указывается число больных принятых в поликлинике, или обслуженных на дому, а также число лиц, посетивших врача с профилактической целью.

Случай поликлинического обслуживания (СПО) — совокупность посещений, выполненных при каждом обращении пациента к врачу-специалисту. При этом первичный случай обслуживания — это первый в текущем календарном году случай обращения пациента к специалисту с данной целью. Законченный случай — случай обслуживания, когда цель обращения достигнута.

Организации медицинской помощи на дому способствует **«Книга записей вызовов врача на дом»** (ф. № 031/у), которая дает возможность своевременно известить врача о необходимости посещения им больного на дому, упорядочивает работу регистратуры и в то же время служит для контроля за этим разделом работы. При разработке данных «Книги записей вызовов врачей на дом» можно получить сведения об обслуживании больных на дому: объем посещений, структура больных по заболеваниям, распределению посещений по времени и врачам, нагрузки врачей, что дает целенаправленно управлять этим видом медицинской помощи.

Регистрация заболеваний в поликлинике осуществляется в различных документах.

При выявлении инфекционного заболевания в поликлинике делают запись в «**Журнал учета инфекционных заболеваний**» (ф. № 060/у), которая служит для оперативной работы поликлиники (связь с санитарно-эпидемиологической службой, уточнение диагноза, слежение за эпидемиологической обстановкой и т.д.), специальное извещение посылается в санэпидстанции.

При выявлении **туберкулеза, злокачественных новообразований, венерических болезней, психических расстройств** составляют **специальные извещения**, которые отсылают в трехдневный срок в соответствующие диспансеры по месту жительства больного.

Основным документом статистического учета оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях является «**Талон амбулаторного пациента**», последняя его модификация - форма № 025/у-12. На его основе формируются основные позиции государственной статистической отчетности, проводится мониторинг оказания первичной медико-санитарной помощи в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации.

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Статистическая информация о состоянии амбулаторно-поликлинической помощи населению может быть получена из отчетов лечебно-профилактического учреждения.

Годовой отчет амбулаторно-поликлинического учреждения составляется на основе данных текущего учета элементов работы учреждений и форм первичной медицинской документации.

Название показателей	Методика вычисления
Обеспеченность взрослого населения терапевтической амбулаторно-поликлинической помощью (на 10 тыс. населения)	Число занятых врачебных должностей терапевтов в поликлинике $\times 10000$ Численность взрослого населения, проживающего в районе деятельности поликлиники
Обеспеченность детского населения педиатрической амбулаторно-поликлинической помощью (на 10 тыс. населения)	Число занятых врачебных должностей педиатров в поликлинике $\times 10000$ Численность детей и подростков, проживающих в районе деятельности поликлиники
Численность населения на одном терапевтическом участке	Среднегодовую численность взрослого населения, проживающего в районе обслуживания поликлиники Число терапевтических участков
Численность населения на одном педиатрическом участке	Среднегодовую численность детей и подростков, проживающих в районе обслуживания поликлиники Число педиатрических участков
Укомплектованность врачебных должностей в поликлинике(%)	$\frac{\text{Число занятых врачебных должностей}}{\text{Число штатных врачебных должностей}} \times 100$
Укомплектованность должностей средних медицинских работников в поликлинике(%)	$\frac{\text{Число занятых должностей средних медицинских работников}}{\text{Число штатных должностей средних медработников}} \times 100$
Фактическая годовая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений	$\frac{\text{Число посещений поликлиники за год}}{\text{Число рабочих дней в году} \times \text{коэффициент сменности}}$
Среднее число посещений, приходящихся на одного жителя в год (считается отдельно для взрослого и детского населения)	$\frac{\text{Число врачебных посещений в поликлинике} + \text{число посещений на дому}}{\text{Численность населения}}$
Удельный вес профилактических посещений в поликлинику	$\frac{\text{Число посещений в поликлинику с профилактической целью}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинику}} \times 100$
Удельный вес посещений на дому	$\frac{\text{Число врачебных посещений на дому}}{\text{Число врачебных посещений в поликлинику и на дому}} \times 100$
Показатели нагрузки врача амбулаторно-поликлинического учреждения	
Плановая функция врачебной должности (рассчитывается для отдельных специальностей)	Нормативная нагрузка на один день работы $\times$ плановое количество рабочих дней в году

Фактическая функция врачебной должности (рассчитывается для отдельных специальностей)	Число врачебных посещений в поликлинике + число посещений на дому Число занятых врачебных должностей
---	---

Анализируется деятельность лечебно-профилактического учреждения исходя из сопоставления величины рассчитанных показателей с действующими нормами и нормативами, а также средними данными для региона и страны.

Ориентировочные данные для анализа показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения.

№ п/п	Показатель	Нормативы или средние данные
1.	Обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью	Штатные нормативы медицинского персонала поликлиник – 9,6; из них терапевт участковый – 5,9; хирург – 0,4
2.	Укомплектованность штатов врачей (по поликлинике в целом и по отдельным специальностям)	Норма – 100%
3.	Среднее число обращений в амбулаторно-поликлиническое учреждение, приходящееся на одного жителя в год	Нормативы амбулаторной помощи. Число посещений, приходящихся на 1 взрослого: Всего – 9,48, в т.ч. к терапевтам – 2,7, хирургам – 0,5, стоматологам – 1,9. На 1 ребенка: Всего – 8,65, в т.ч. к педиатрам – 4,7, стоматологам – 1,39; ЛОР – 0,6.
4.	Средняя численность населения на участке	На терапевтическом участке в норме проживает 1700 человек, на педиатрическом – 800 детей.
5.	Участковость (для терапевтического отделения поликлиники и по приему участковых врачей терапевтов)	Показатель участковости считается оптимальным, если он составляет 85%.
6.	Участковость на дому	90-95%.
7.	Объем помощи на дому	20-30%.
8.	Фактическая нагрузка врача амбулаторно-поликлинического учреждения за год	Вычисляется только для определенной специальности. В норме плановая нагрузка составляет: участковый терапевт – 5500-6000, хирург – 12000, акушер-гинеколог – 7000-8000.

Профилактическая работа поликлиники

№	Показатель	Примечание
1.	Полнота охвата периодическими осмотрами (диспансеризация населения)	В норме – 100%
2.	Состав больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	Варьирует от профиля медицинского учреждения.
3.	Среднее число больных, состоящих на диспансерном учете на участке	Варьирует от количества участков на обслуживаемой территории.
4.	Полнота охвата больных диспансеризацией	Норма – 90% и более.
5.	Своевременность взятия на диспансерный учет	Норма – 100%
6.	Качество врачебной диагностики	Определяется по расхождению диагнозов направившего в стационар учреждения и клинического диагноза (поставленного в стационаре). Отчеты ЛПУ не содержат сведений по данному вопросу, которые могут быть получены только из первичных документов (статистическая карта вышедшего из стационара ф. № 066/у). В результате сопоставленных данных может быть вычислен процент неправильных диагнозов.

7.	Преемственность работы поликлиники и стационара	Непосредственно о преемственности в работе поликлиники и стационара судят на основании следующих групп показателей: - процент оформленных, переданных из поликлиники в стационар и полученных обратно документов; - процент лиц, подготовленных к плановой госпитализации (отбор на госпитализацию, обследование, сроки ожидания); - процент лиц, которым проведено лечение в поликлинике после выписки из стационара. Все эти материалы могут быть получены лишь специальной разработкой «Индивидуальных карт», «Выписок из карт стационарного пациента», «Книге назначений на госпитализацию».
----	--	---

Основные приказы регламентирующие медицинскую деятельность по организации ПМСП

1. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2013 г. №529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения".
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н «Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

8. Вопросы по теме занятия

1. Расскажите основные принципы оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

Компетенции: ПК-17

2. На решение, каких задач направлено дальнейшее развитие ПМСП

Компетенции: ПК-17

3. Расскажите основные принципы и задачи работы амбулаторно-поликлинических учреждений

Компетенции: ПК-17

4. Опишите и охарактеризуйте организационную структуру АПУ

Компетенции: ПК-17

5. Какие обязанности входят компетенцию врача общей практики

Компетенции: ПК-2

6. Какие обязанности входят компетенцию врача-терапевта участкового.

Компетенции: ПК-2

7. Какие обязанности входят компетенцию семейного врача?

Компетенции: ПК-7

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВЫПОЛНЕНИЕ ПЛАНА ПОСЕЩЕНИЙ ВРАЧАМИ НА ДОМУ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ.:

- 1) (число посещений на дому по плану X 100)/ число посещений сделанных врачами на дому;
- 2) (число посещений, сделанных на дому X 100)/ число посещений на дому по плану;
- 3) (число посещений на дому по плану)/ число посещений сделанных на дому;
- 4) (число посещений, сделанных на дому X 100)/число посещений в поликлинике + на дому;

Компетенции: ПК-18

2. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНИМИ МЕД. РАБОТНИКАМИ ПОЛИКЛИНИКИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) число штатн. должн. ср. мед. работников x 10000/ общая численность населения;
- 2) численность населения X 1000/ число средних мед. работников;

- 3) число штатн. должн. ср. мед. Работников/ число занятых должн. ср. мед. работников;
- 4) число штатн. должн. ср. мед. Работников/ число вакансий должн. ср. мед. работников;

Компетенции: ПК-17

3. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ ПОЛИКЛИНИКИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) численность населения X 1000/число врачей;
- 2) число штатных врачебных должностей/ число занятых врачебных должностей;
- 3) число штатн. врачебн. должностей X 10000/общая численность населения;
- 4) число вакансий по врачебным должностям X 10000/общая численность населения;

Компетенции: ПК-17

4. В ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ, БЕЗ СТРАХОВОГО ПОЛИСА, СОСТОЯНИЕ КОТОРОГО ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНОЙ МЕД. ПОМОЩИ ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ::

- 1) Необходимо выяснить прописку пациента и экстренно доставить его в поликлинику к которой он прикреплен по месту жительства;
- 2) Необходимо выяснить прописку пациента и экстренно вызвать врача терапевта обслуживающего участок по месту жительства;
- 3) Необходимо оказать неотложную медицинскую помощь, после чего определить дальнейшую тактику ведения пациента;
- 4) Необходимо оказать неотложную медицинскую помощь, после чего предъявить пациенту счет за оказанные услуги;

Компетенции: ПК-17

5. ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА НАСЕЛЕНИЯ ПРОФ. ОСМОТРАМИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) число осмотренных/ число врачей в поликлиники;
- 2) всего осмотренных лиц X 100/ число подлежащих осмотрам;
- 3) всего осмотренных лиц X 100/общая численность населения;
- 4) всего осмотренных лиц X 100/общая численность населения трудоспособного возраста;

Компетенции: ПК-18

6. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ШТАТАМИ СОГЛАСНО СУЩЕСТВУЮЩИМ НОРМАТИВАМ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ::

- 1) число занятых должностей X 100/число штатных должностей;
- 2) утверждено по штатам X 100/штаты по установленным нормативам;
- 3) число вакантных должностей X 100/число штатных должностей;
- 4) численность населения X 100/число занятых должностей;

Компетенции: ПК-17

7. УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ОСНОВНЫМИ РАБОТНИКАМИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ::

- 1) число должностей, занятых основными работниками -- число ставок/числ физических лиц основных работников;
- 2) число должностей, занятых внешними совместителями X 100/число занятых должностей всего;
- 3) число должностей, занятых основными работниками X 100/число занятых должностей всего;
- 4) число должностей, занятых основными работниками X 100/число вакантных должностей всего;

Компетенции: ПК-17

8. ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ОСМОТРЕННЫХ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ К КОЛИЧЕСТВУ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ УМНОЖЕННОЕ НА 100, ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ::

- 1) выполнение плана целевых осмотров отдельных заболеваний;
- 2) охват целевыми осмотрами на выявление отдельных заболеваний;
- 3) выполнение плана периодических осмотров отдельных заболеваний;
- 4) выполнение плана проф. осмотров отдельных заболеваний;

Компетенции: ПК-2

9. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) оказание доврачебной и врачебной медицинской помощи населению обслуживаемого района непосредственно в поликлинике и на дому;
- 2) оказание консультативной помощи населению;
- 3) оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемого района непосредственно в поликлинике и на дому;
- 4) направление больных в стационар;

Компетенции: ПК-17

10. НОРМАТИВ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОДНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ::

- 1) 1000 человек;
- 2) 2000 человек;

3) 1700 человек;

4) 800 человек;

Компетенции: ПК-17

11. СВОЕВРЕМЕННОСТЬ И ПОЛНОТА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО УЧИТЫВАЮТСЯ::

1) для детей до первого года;

2) для детей до 3-х лет;

3) для детей до 7 лет;

4) для детей до 1 месяца;

Компетенции: ПК-17

12. ГЛАВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ:

1) владения знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям;

2) владения знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии;

3) владения знаниями и практическими навыками по хирургии;

4) владения знаниями и практическими навыками по педиатрии;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Деятельность городской поликлиники по профилактической работе представлена следующим образом: - общее число профилактических посещений – 283455; - посещения с целью медицинских осмотров – 15300; - посещения с целью диспансеризации – 10200; - посещения с целью вакцинирования – 5800.

Вопрос 1: Что включает в себя первичная профилактика.;

Вопрос 2: Что такое диспансеризация населения;

Вопрос 3: Определите удельный вес посещений с целью медицинских осмотров.;

Вопрос 4: Определите удельный вес с целью диспансеризации.;

Вопрос 5: Определите удельный вес посещений с целью вакцинирования;

Компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-17

2. В отделении медицинской профилактики поликлиники общее число профилактических посещений составило 104878; посещения с целью формирования паспорта здоровья при дополнительной диспансеризации – 3250; посещения с целью проведения скрининг осмотра с измерением АД – 1340; посещения с целью индивидуальных профилактических консультаций – 2800; посещения с целью групповых профилактических консультаций – 120

Вопрос 1: Дайте определение первичной профилактики;

Вопрос 2: Что такое вторичная профилактика.;

Вопрос 3: Определите удельный вес профилактических посещений;

Вопрос 4: Определите удельный вес посещений с целью формирования паспорта здоровья.;

Вопрос 5: Определите удельный вес посещений с целью групповых профилактических консультаций;

Компетенции: ПК-4, ПК-17

3. Жители города N с численностью населения в возрасте старше 18 лет 100 тысяч человек в 2010 году приходили в поликлиники и вызывали врачей на дом с целью получения медико-социальной помощи 158 тысяч раз. При этом 67000 пациентам впервые в жизни устанавливались заболевания (диагнозы), а 81000 пациентов приходили на лечение вследствие обострений хронических заболеваний, диагнозы которых были известны и установлены в прошлые годы. 10000 пациентов приходили за консультативной помощью по поводу выбора образа жизни, физического развития, регулирования внутрисемейных отношений. Из 6700 впервые установленных диагнозов наибольшее количество приходилось: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 2200 гипертоническая болезнь – 1600

Вопрос 1: Рассчитать показатель первичной заболеваемости жителей города N?;

Вопрос 2: Рассчитать показатель заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями;

Компетенции: ПК-4

4. В Красноярском крае проживает 2893926 человека. В 2010 г в крае умерло 39068 человек, родилось 36639 детей.

Вопрос 1: Рассчитайте коэффициент смертности населения Красноярского края в 2010 году.;

Вопрос 2: Рассчитайте показатель естественного прироста населения Красноярского края в 2010 году.;

Компетенции: ПК-4

5. В краевую консультативную поликлинику обратился мужчина из села без предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов.

Вопрос 1: Правильно ли его действия? Объясните;

Вопрос 2: Расскажите о деятельности областной (краевой) консультативной поликлиники. Задачи.;

Компетенции: ПК-2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Модели организации работы врачей общей практики.

2. Укрепление здоровья населения современные проблемы профилактики. Определение понятия. Роль профилактики в современном здравоохранении. Основные виды профилактики. Применение принципов

профилактики в работе практического врача-терапевта. Критерии эффективности профилактической деятельности.

3. Стационарзамещающие технологии как эффективная форма работы в АПУ

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (<http://www.ffoms.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Портал Гражданского общества Красноярского края (<http://gokrkr.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 7. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению (часть 2). (Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Необходимость рационального использования ресурсов здравоохранения требует использования технологий медицинского обслуживания с минимизацией непродуктивных издержек. Дневные стационары, телемедицинские услуги позволяют сократить расходы на гостиничные услуги и транспортировку.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., **уметь** управлять потоками пациентов для повышения продуктивности и эффективности здравоохранения., **владеть** методиками выбора для пациента между амбулаторным лечением, дневным стационаром, стационаром на дому и госпитализацией, а также направления запроса на телемедицинскую консультацию.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Утвержден президиумом Совета при Президенте

Российской Федерации по стратегическому развитию

и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. N 8)

ПАСПОРТ ПРИОРИТЕТНОГО ПРОЕКТА "СОЗДАНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ"

Цель проекта:

Повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях до 60% к 2020 году и до 70% к 2022 году путем создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее - "Новая модель медицинской организации"), в 33 субъектах Российской Федерации с последующим тиражированием данной модели в 85 субъектах Российской Федерации.

Результаты проекта:

1. Создан Центр организации первичной медико-санитарной помощи (далее - ЦПМСП).
2. В 85 субъектах Российской Федерации на функциональной основе созданы региональные центры организации первичной медико-санитарной помощи (далее - РЦ ПМСП).
3. Не менее чем в 195 медицинских организациях субъектов Российской Федерации создана и апробирована "Новая модель медицинской организации", в результате внедрения которой:

увеличено время работы врача непосредственно с пациентом не менее чем в 2 раза;

сокращено время оформления записи на прием к врачу не менее чем в 3 раза;

сокращена очередь не менее чем в 3 раза, время ожидания пациентом врача у кабинета - не менее чем в 3 раза;

сокращены сроки прохождения I этапа диспансеризации до 2-х дней.

4. Внедрена система автоматизированного мониторинга доступности первичной медико-санитарной помощи в 100% медицинских организаций - участников проекта.
5. "Новая модель медицинской организации" тиражирована в 85 субъектах Российской Федерации, не менее чем в 2000 медицинских организациях.

6. Внедрены новые технологии образования ("Фабрики процессов") на базе 11 ВУЗов, подведомственных Минздраву России.

Что такое "Новая модель медицинской организации"?

В [паспорте](#) проекта указано, что "Новая модель медицинской организации" - пациентоориентированная медицинская организация, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное

оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

Перечисленных качественных характеристик предполагается **достичь за счет следующих нововведений**:

- перераспределить нагрузки между врачом и средним медперсоналом;
- оптимизировать логистику движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых;
- перейти на электронный документооборот, сократить бумажную документацию;
- организовать открытую и вежливую регистратуру (например, отделить фронт-офис от бэк-офиса, где сотрудник занимается отдельно принятием телефонных звонков, а также предоставить возможность записи на прием к нужному специалисту поликлиники различными способами: через Интернет, кол-центр или при непосредственном визите в регистратуру);
- создать комфортные условия для пациентов в зонах ожидания;
- организовать диспансеризации и профилактические осмотры на принципах непрерывного потока пациентов с соблюдением нормативов времени приема на одного пациента;
- внедрить мониторинг соответствия фактических сроков ожидания оказания медпомощи врачом с момента обращения пациента в медорганизацию установленным срокам ожидания согласно [Программе](#) госгарантий .

[Программа](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 N 1403.

Что будет сделано?

В результате внедрения "Новой модели медицинской организации" планируется:

- увеличить время работы врача непосредственно с пациентом не менее чем в два раза;
- сократить время оформления записи на прием к врачу не менее чем в три раза;
- сократить очередь на прием к специалисту, время ожидания пациентом врача у кабинета не менее чем в три раза;
- сократить сроки прохождения первого этапа диспансеризации до двух дней.

В результате проведения этих мероприятий уровень удовлетворенности населения качеством оказания медпомощи в амбулаторных условиях должен повыситься с 45,7% до 60% к 2020 году и до 70% к 2022 году (для медорганизаций - участников проекта).

Как это работает?

Минздрав разработал несколько моделей функционирования поликлиник (взрослых и детских), которые позволяют в течение четырех-пяти месяцев полностью преобразить технологические процессы и улучшить логистику внутри медорганизации. Результаты апробации таких моделей показали, что существенно упрощается запись на прием к врачу с использованием всех возможных механизмов (электронная запись, через инфомат, кол-центр или при непосредственном визите в регистратуру, где фронт-офис отделен от бэк-офиса и сотрудник занимается отдельно принятием телефонных звонков). Подтвердили свою эффективность разделение потоков больных и здоровых посетителей, функциональное разделение обязанностей врача и среднего персонала (когда ряд непрофильных функций перенесены на специалиста со средним медицинским образованием) и создание кабинетов приема, где первый этап диспансеризации можно пройти за один раз, линейно.

Проект внедрения технологичной поликлиники уже запущен. По информации Министра здравоохранения В.И. Скворцовой, **"фабрика технологий" работает так**: в "пилотную" поликлинику выезжает медико-технологическая бригада, которая изучает все процессы - запись на прием к врачу, ожидание, сдачу анализов, получение результатов, прохождение диспансеризации и т.д., выявляет проблемы и их источники, предлагает пути решений.

Вначале в трех регионах было выбрано по две поликлиники (взрослая и детская). На август 2017 года в

эксперименте участвовало 115 поликлиник в 40 регионах, в конце года их число возрастет до 200. Результаты апробации таких моделей показали их эффективность: например, время ожидания у кабинетов врачей сократилось более чем в три раза. Как результат - существенное повышение удовлетворенности населения качеством полученной медицинской помощи.

В 2019 году на основании апробации в 33 субъектах РФ начнется **планомерное тиражирование новой модели медорганизации** с перспективой охвата всех медорганизаций первичного звена.

Что будут внедрять в поликлиниках?

Первый этап работы "по-новому" - **анализ организации МСП**, который необходим для выявления типичных проблем и их источников. Затем участник проекта внедряет на основе электронного расписания **систему автоматизированного мониторинга** доступности организации первичной МСП - нововведение позволит контролировать в том числе оперативность записи к специалисту и время ожидания специалиста при посещении медорганизации. После "обкатки" принципов бережливого производства в конкретном учреждении создается и **внедряется "Новая модель медицинской организации"**.

До 30.04.2018 пройдет анализ организации первичной МСП не менее чем в 40 медучреждениях субъектов РФ - структурных подразделениях государственных и муниципальных больниц, самостоятельных поликлиниках (юрлица) с учетом численности прикрепленного населения более 20 тыс. человек. К 30.11.2018 в выбранных медучреждениях заработает система автоматизированного мониторинга доступности организации первичной МСП, а к концу января 2019 года они перейдут на "новую модель".

В конце апреля 2019 года в проект волеется еще 40 медорганизаций: структурные подразделения центральных районных и районных больниц, врачебные амбулатории, в том числе амбулаторные подразделения участковых больниц с учетом численности прикрепленного населения менее 20 тыс. человек. Внедрить в них "новую модель" запланировано на конец января 2020 года.

Затем примерно через год (20.02.2021) "Новую модель медицинской организации" освою не менее чем 500 участников проекта, на начало следующего года их число достигнет 1 тыс., а в декабре комплекс предложенных разработок освою 2 тыс. медорганизаций в 85 субъектах РФ.

По результатам завершения проекта, оценки успешности его реализации и экономической эффективности "Новая модель медицинской организации" в дальнейшем может быть **распространена на все медорганизации первичного звена** здравоохранения субъектов РФ.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

16 октября 2017 года

ПУБЛИЧНАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ

ФЕДЕРАЦИИ НА 2017 ГОД

Развитие первичной медико-санитарной помощи

- Дальнейшая реализация комплекса мероприятий, направленных на развитие первичной медико-санитарной помощи, включая совершенствование организации работы регистратуры;

- Развитие сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с региональными планами мероприятий ("дорожными картами") по обеспечению доступности медицинской помощи в населенных пунктах, находящихся вне зоны медицинского обслуживания. В 2017 в Российской Федерации году планируется открытие не менее 400 ФАПов и ФП.

- Подготовка нового порядка проведения диспансеризация определенных групп взрослого населения Российской Федерации.

- Тиражирование опыта создания "бережливых" поликлиник-образцов в субъектах Российской Федерации

- Совершенствование механизмов оценки доступности медицинской помощи в субъектах Российской Федерации с использованием геоинформационной системы Минздрава России.

ПРОЕКТ "БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА"

Создание поликлиник-образцов в 3 регионах России

(Ярославской, Калининградской областях

и городе Севастополь)

Совместно с Управлением внутренней политики Президента

Российской Федерации и экспертами ГК "Росатом"

ЦЕЛЬ: повышение доступности и качества

медицинской помощи населению за счет оптимизации процессов

и устранения потерь

НАПРАВЛЕНИЯ И ПИЛОТНЫЕ ПРОЕКТЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ В ПИЛОТНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ
- Выравнивание загрузки врачей и среднего медперсонала	- Увеличение времени работы врача непосредственно с пациентами в 2 раза
- Оптимизация внутренней логистики поликлиник, разделение потоков пациентов, выстраивание потоков анализов и т.д.	- Сокращение времени оформления записи на прием к врачу в 5 раз
- Переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации	- Сокращение очередей до 8 раз, времени ожидания пациентом приема врача у кабинета - в 12 раз
- Открытая регистратура и новый облик поликлиники	- Комфортная и доступная среда для пациентов поликлиник
- Создание инфраструктуры профилактики на принципах единичного потока и времени такта	- Охват диспансеризацией всех прикрепленных пациентов поликлиники

СТАЦИОНАР-ЗАМЕЩАЮЩАЯ ПОМОЩЬ

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ

(ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Статья 32. Медицинская помощь

1. 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.

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Регламентируются см. Приказы Минздрава России от 15.11.2012 N 930н, от 15.11.2012 N 923н, от 15.11.2012 N 922н, от 15.11.2012 N 920н, от 15.11.2012 N 918н, от 15.11.2012 N 916н, от 15.11.2012 N 915н, от 12.11.2012 N 907н, от 12.11.2012 N 906н, от 12.11.2012 N 905н, от 12.11.2012 N 902н, от 12.11.2012 N 901н, от 12.11.2012 N 898н, от 07.11.2012 N 606н, Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н, Приказ Минздрава России от 30.12.2015 N 1034н.

Основным документом является

Приложение N 9
к Положению об организации оказания
первичной медико-санитарной помощи
взрослому населению, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 15 мая 2012 г. N 543н

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности дневного стационара медицинской организации (подразделения медицинской организации), оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

2. Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

3. Структура и штатная численность дневного стационара устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которого он создан, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения и с учетом рекомендуемых штатных нормативов в соответствии с приложением N 10 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

4. На должность заведующего дневным стационаром назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. N 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., N 14292).

5. Медицинскую помощь в дневном стационаре могут оказывать медицинские работники дневного стационара либо медицинские работники других подразделений медицинской организации в соответствии с графиком дежурств, утвержденным ее руководителем.

6. Для организации работы дневного стационара в его структуре рекомендуется предусматривать:

палаты;
процедурную (манипуляционную);
пост медицинской сестры;
кабинет заведующего дневным стационаром;
комнату для приема пищи больными;
кабинеты врачей;
комнату персонала;
комнату для временного хранения оборудования;
санузел для персонала;
санузел для пациентов;
санитарную комнату.

7. Оснащение дневного стационара осуществляется в соответствии со стандартом оснащения дневного стационара согласно приложению N 11 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

8. Количество мест и режим работы дневного стационара определяется руководителем медицинской организации с учетом мощности медицинской организации (ее структурного подразделения) и объемов проводимых медицинских

мероприятий (в 1 или 2 смены).

9. Дневной стационар осуществляет следующие функции:

оказание медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;

лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств, в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации;

внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством;

участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием.

10. При отсутствии эффекта от проводимого лечения в дневном стационаре или при возникновении показаний для круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям больной направляется для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях.

Показатели деятельности дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях	
Обеспеченность населения местами в дневных стационарах (на 10 тыс. населения)	Среднее число мест в дневных стационарах × 10000 Численность населения
Уровень госпитализации в дневные стационары (на 1000 населения)	Число выбывших из дневных стационаров больных × 1000 Численность населения
Среднее число дней использования койки в дневном стационаре	<u>1/2 числа дней лечения больных</u> Число мест, в среднем, за период
Оборот места	<u>Число выбывших больных</u> Число мест в среднем за год
Средняя длительность пребывания больного в дневном стационаре	Общее число дней, проведенных больными в дневном стационаре Число выбывших больных

Примерный порядок организации работы стационара на дому

1. Настоящий порядок разработан в соответствии с Положением об организации деятельности дневных стационаров в лечебных учреждениях Приказа Минздрава России.

2. Стационар на дому, созданный при амбулаторно-поликлинических, стационарных (диспансеры) учреждениях, относится к амбулаторно-поликлинической помощи, является структурным подразделением перечисленных учреждений и предназначен для оказания диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

3. Медицинская помощь в условиях стационара на дому оказывается населению с использованием современных медицинских стационарозамещающих технологий в рамках областной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

4. Работы и услуги, осуществляемые в стационаре на дому, подлежат лицензированию в составе ЛПУ.

5. Стационар на дому осуществляет оказание медицинской (диагностической, лечебной и реабилитационной) помощи на дому больным и инвалидам, а также детям, нуждающимся в домашнем уходе.

6. Структура и мощность стационара на дому утверждается руководителем ЛПУ. Руководит стационаром на дому врач - заведующий стационаром, который подчиняется главному врачу и заместителю по лечебной работе, либо на функциональной основе заведующий терапевтическим отделением, участковый врач. Штатные должности устанавливаются в пределах штатного расписания в соответствии с нагрузкой на должность.

7. Первичный отбор больных в стационар на дому проводится участковыми врачами, врачами общей практики, врачами-специалистами с рекомендациями предполагаемого лечения по согласованию с руководителем структурного подразделения и заведующим стационаром на дому.

8. Источниками финансирования стационара на дому являются:

- средства обязательного медицинского страхования за оказание медицинской помощи населению в рамках

территориальной программы ОМС, включая расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования);

- бюджетные средства по всем статьям за оказание медицинской помощи, финансируемым по смете расходов на содержание учреждения;

- средства граждан за оказание платных медицинских услуг;

- средства по договорам программ добровольного медицинского страхования;

- иные средства, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

9. Для регистрации больных, поступающих на лечение в стационар на дому, ведется Ф. N 001/у "Журнал приема больных и отказов в госпитализации".

10. Записи в журнале при поступлении и выписке делаются на основании Ф. N 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного" или Ф. N 112/у "История развития ребенка".

11. На больного, поступающего на лечение в стационар на дому, заводится Ф. N 003/у "Медицинская карта стационарного больного" с маркировкой стационар на дому. Записи в ней проводятся за каждый день оказания медицинской помощи медицинским работником.

12. Организация стационара на дому предусматривает ежедневное посещение пациента врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии в соответствии со стандартами ее оказания. При необходимости в комплекс лечения больных включаются физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др.

13. Порядок оказания медицинской помощи в выходные и праздничные дни определяется главным врачом лечебного учреждения.

14. На каждого больного стационара на дому ведется Ф. N 003-2/у-88 "Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому), стационара дневного пребывания в больнице".

В карте лечащий врач записывает назначения, диагностические исследования, процедуры, лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечащий врач, врачи-специалисты, консультирующие больного, средние медицинские работники, выполняющие назначения врачей, ставят дату осмотра (выполнения назначений) и свою подпись.

Карта выдается больному на руки на время пребывания в стационаре на дому.

15. Учет работы врача, работающего в стационаре на дому, ведется на общих основаниях по Ф. N 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому".

16. Ежедневный учет больных, находящихся в стационаре на дому, осуществляется по Ф. N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому".

17. При выписке больного из отделения заполняется Ф. N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому".

18. Больному, закончившему лечение, выдается Ф. N 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного" о проведенном лечении.

19. Больному на общих основаниях может быть выдан листок временной нетрудоспособности.

20. По результатам работы стационара на дому за год заполняется отчетная форма 14-ДС "Сведения о деятельности дневного стационара".

21. Стационар на дому обеспечивается автотранспортом для осмотра больного врачом, выполнения лечебно-

диагностических процедур на дому, при необходимости транспортировки больного для диагностических процедур в АПУ.

Показания к госпитализации в стационар на дому:

На лечение в стационар на дому направляются пациенты:

- с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний различных профилей (терапевтический, педиатрический, неврологический, хирургический, травматологический, онкологический, акушерско-гинекологический, отоларингологический, офтальмологический, дерматологический, наркологический, психиатрический, фтизиатрический), течение которых не требует круглосуточного наблюдения больного;
- нуждающиеся в долечивании и реабилитации после этапа лечения в круглосуточном стационаре с уточненным диагнозом;
- нуждающиеся в контролируемом лечении и наблюдении;
- нуждающиеся в комплексных реабилитационных мероприятиях;
- нуждающиеся в проведении сложных экспертных вопросов с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований.

Регламент телемедицинских консультаций в Красноярском крае <http://www.kmiac.ru/telemedicina/>.

Телемедицина - прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных телекоммуникационных технологий. Главной целью телемедицины является создание условий, при которых помощь высококвалифицированных специалистов-медиков станет доступной не только жителям крупных городов, но и населению отдаленных сельских районов.

Телемедицина ликвидирует информационную изолированность врачей сельских и поселковых больниц, создавая для них принципиально новые возможности для общения с коллегами из крупных медицинских центров. Одним из главных достоинств телемедицины является возможность приблизить высококвалифицированную и специализированную помощь специалистов ведущих медицинских центров к жителям отдаленных районов, при этом существенно сократить время, необходимое для получения консультации ведущего специалиста и сэкономить затраты пациентов на поездки. Кроме того, важным "побочным" эффектом использования телемедицины является обучение врачей отдаленных районов в процессе регулярного консультирования.

В целях повышения качества и доступности высококвалифицированной и специализированной лечебно-профилактической помощи населению в систему здравоохранения Красноярского края внедряется технология отложенных телемедицинских консультаций.

Отложенные (отсроченные) телемедицинские консультации - это консультации врачей удаленных лечебно-профилактических учреждений края с врачами краевых учреждений здравоохранения посредством электронной почты с использованием специализированного программного обеспечения. При этом в состав передаваемой по электронной почте информации могут входить: формализованная история болезни, видеоизображения: УЗ-картины, рентгеновские снимки, микроскопические мазки, ЭКГ и т.д.

В целях стандартизации представления заявки на проведение телемедицинской консультации разработаны формализованные истории болезни для получения консультаций у специалистов разных профилей, а также перечень синдромов и заболеваний, при наличии признаков которых, врач муниципального учреждения здравоохранения края обязан обратиться в краевое специализированное учреждение здравоохранения за консультацией.

[Методические рекомендации <http://www.kmiac.ru/downloads/telemed/metod.doc>](http://www.kmiac.ru/downloads/telemed/metod.doc) содержат также регламент проведения отложенных телемедицинских консультаций, описывающий порядок взаимодействия лечащего врача и врача-консультанта.

Консультирующие учреждения и ответственные за телемедицинские консультации:

1. Красноярская краевая клиническая больница №1 - Мотин Владимир Иванович т. 220-15-60;
2. Красноярская краевая больница №2 - Кужель Дмитрий Анатольевич т. 227-39-50;

3. Красноярская краевая детская больница - Зорин Николай Александрович т. 243-36-42;
4. Красноярский краевой онкологический диспансер - Клименок Марина Петровна т. 267-14-485.
5. Акушерско-реанимационный консультативный центр РД№1 - Шестакова Галина Фёдоровна т. 225-80-266.
6. Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер - Незамутдинова Светлана Викторовна т.261-74-97.

Телемедицина. Рекомендации врачу от юриста

<https://cloud.mail.ru/public/Gc56/xPYn5Sub9>

8. Вопросы по теме занятия

1. В чем заключается сущность "Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь".

Компетенции: ПК-17

2. Расскажите цели и задачи стационара дневного пребывания

Компетенции: ПК-17

3. Объясните цели и задачи применения стационар замещающих технологий.

Компетенции: ПК-17

4. Какие виды стационар замещающих технологий вам известны.

Компетенции: ПК-17

5. Расскажите цели и задачи стационара на дому

Компетенции: ПК-17

6. Расскажите цели и задачи применения телемедицинских технологий.

Компетенции: ПК-17

7. Опишите регламент телемедицинских консультаций в Красноярском крае

Компетенции: ПК-17

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОЗВОЛЯЮТ:

- 1) Увеличить доходы частного сектора здравоохранения;
- 2) Увеличить доходы государственного сектора здравоохранения;
- 3) Сократить непроизводственные издержки;
- 4) Повысить мотивацию к профилактической работе;

Компетенции: ПК-17

2. К СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) Стационары дневного пребывания при поликлинических медорганизациях;
- 2) Стационары краткосрочного пребывания;
- 3) Стационары дневного пребывания при санаторно-курортных организациях;
- 4) Гостиницы для ожидания на госпитализацию при медорганизациях;

Компетенции: ПК-17

3. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ::

- 1) В медицинской организации оказывающей специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь;
- 2) На станции скорой медицинской помощи;
- 3) В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) В паллиативных медицинских организациях;

Компетенции: ПК-17

4. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) Первичная медико-санитарная помощь;
- 2) Помощь на дому при вызове медицинского работника;
- 3) Стационарная медицинская помощь;
- 4) Амбулаторная хирургия;

Компетенции: ПК-17

5. СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА::

- 1) Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей врачебную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.;
- 2) Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, требующих краткосрочного медицинского наблюдения.;
- 3) Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.;
- 4) Дневной стационар это подразделение создаваемое с целью снижения нагрузки на медицинские организации оказывающие стационарную медицинскую помощь;

Компетенции: ПК-17

6. СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ::

- 1) Оказание медицинской помощи больным, требующим краткосрочное медицинское наблюдение в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;
- 2) Диспансерную работу;
- 3) Оказание медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;
- 4) Профилактическое консультирование по вопросам здорового образа жизни;

Компетенции: ПК-17

7. ТЕЛЕМЕДИЦИНА ЭТО::

- 1) Создание сайтов страховых медицинских компаний для дистанционного оформления медицинских полисов;
- 2) Прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных телекоммуникационных технологий;
- 3) Лечение пациентов просмотрами специально подобранных телевизионных программ;
- 4) Повышение знаний пациентов о способах профилактики заболеваний путем трансляции специальных телепрограмм;

Компетенции: ПК-17

8. НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАР НА ДОМУ НАПРАВЛЯЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ::

- 1) Не имеющие полиса обязательного медицинского страхования, после устранения угрозы жизни;
- 2) Пациенты нарушившие режим пребывания в круглосуточном или дневном стационаре;
- 3) Нуждающиеся в долечивании и реабилитации после этапа лечения в круглосуточном стационаре с уточненным диагнозом;
- 4) С заболеваниями не требующими хирургического вмешательства;

Компетенции: ПК-17

9. НАИБОЛЕЕ ШИРОКО В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ::

- 1) В онлайн режиме с видеотрансляцией;
- 2) В онлайн режиме без видеотрансляции;
- 3) Отложенные (отсроченные) консультации;
- 4) Консультации с использованием спутниковой связи;

Компетенции: ПК-17

10. НОВАЯ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- 1) Увеличение объема платных услуг;
- 2) Снижение числа льготополучателей;
- 3) Перераспределение нагрузки между врачом и средним медперсоналом;
- 4) Уменьшение доли вспомогательного персонала;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Начальнику отдела регионального здравоохранения стратегического планирования поручено обосновать программу расширения стационар замещающей помощи.

Вопрос 1: Какая форма стационар замещающей помощи может быть внедрена;

Вопрос 2: В чем экономическое преимущество стационаров на дому;

Вопрос 3: В чем преимущества дневного стационара для пациентов;

Компетенции: ПК-17

2. Руководитель медицинской организации собирается открывать дневной стационар.

Вопрос 1: Каким документом он будет руководствоваться.;

Вопрос 2: Кто может быть назначен на должность заведующего дневным стационаром.;

Вопрос 3: Какие функции осуществляет дневной стационар;

Вопрос 4: Что необходимо сделать в случае неэффективности от проводимого лечения в дневном стационаре.;

Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-3

3. Руководитель городской поликлиники разрабатывает программу действий в рамках проекта «Бережливая поликлиника».

Вопрос 1: На какие нормативные акты он должен ориентироваться.;

Вопрос 2: Решение каких задач он должен запланировать;

Вопрос 3: На какие показатели он должен ориентироваться.;

Компетенции: ОПК-3

4. В краевую консультативную поликлинику обратился мужчина из села без предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов.

Вопрос 1: К какому уровню относится (областная) краевая больница.;

Вопрос 2: Какие учетные формы должны быть заполнены для записи (направления) пациента в Краевую клиническую больницу.;

Компетенции: ОПК-3

5. В районную поликлинику обратилась женщина по направлению из сельской участковой больницы для получения специализированной медицинской помощи.

Вопрос 1: Как Вы считаете, будет ли оказана медицинская помощь женщине? Объясните.;

Вопрос 2: На какой этап медицинского обслуживания будет отправлена данная женщина если в ЦРБ будет недостаточно ресурсов для диагностики или лечения.;

Компетенции: ПК-17

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Развитие телемедицины в Красноярском крае

2. Стационарзамещающие технологии как эффективная форма работы в АПУ

3. Критерии эффективности профилактической деятельности.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (<http://www.ffoms.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 8. Организация стационарной помощи населению. (Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Среди лечебно-профилактических учреждений больница всегда занимала и продолжает занимать особое место. Это связано с рядом обстоятельств, среди которых можно выделить главные. В больницах население получает высококвалифицированную специализированную стационарную помощь. Стационарная медицинская помощь оказывается в основном при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения наиболее сложных методов обследования и лечения с использованием новейших медицинских технологий, порой, очень дорогостоящих, в ряде случаев — оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., методику расчета показателей медицинской статистики, ведение типовой учетно- отчетной медицинской документации в медицинских организациях, **уметь** оценить качество оказания медицинских услуг., управлять потоками пациентов для повышения продуктивности и эффективности здравоохранения., **владеть** методикой расчета и дать оценку показателей работы стационарных учреждений., методиками выбора для пациента между амбулаторным лечением, дневным стационаром, стационаром на дому и госпитализацией, а также направления запроса на телемедицинскую консультацию.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. 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 лечебнопрофилактической 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 лечебнопрофилактических учреждений;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебнопрофилактической помощи и др.

Примерная организационная структура городской больницы для взрослых представлена на рис. 11.1.

Возглавляет больницу главный врач. Он отвечает за всю профилактическую, лечебнодиагностическую, финансовохозяйственную деятельность, подбор и расстановку кадров.

Первым помощником главного врача является заместитель по медицинской части (начмед), который непосредственно руководит профилактической и лечебнодиагностической работой больницы, контролирует соблюдение санитарноэпидемиологического 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 административнохозяйственной 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 административнохозяйственной 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 амбулаторнополиклинических 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 экспрессанализы,

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, челюстнолицевой 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 противоэпидемиологического 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.

Врач-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 (табл.3-7).

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.

8. Вопросы по теме занятия

1. Приведите классификацию больничных учреждений в РФ.

Компетенции: ПК-17

2. Перечислите основные задачи стационара.

Компетенции: ПК-17

3. Какова структура стационара?

Компетенции: ПК-17

4. Перечислите пути поступления больных в стационар.

Компетенции: ПК-17

5. Работа приемного отделения больницы.

Компетенции: ПК-17

6. Охарактеризуйте организационные механизмы управления деятельностью больницы.

Компетенции: ПК-17

7. Какие показатели характеризуют качество и доступность стационарной помощи.

Компетенции: ПК-17

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. УЧЕТНО-ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ СТАЦИОНАРА:

- 1) карта стационарного больного /ф 003/у/;
- 2) история развития ребенка /ф 112/у/;
- 3) контрольная карта диспансерного наблюдения /ф 030/у/;
- 4) контрольная карта профилактического наблюдения/ф 0324/у/;

Компетенции: ОПК-6

2. ПО ПРОФИЛЮ РАЗЛИЧАЮТ СТАЦИОНАРЫ:

- 1) специализированные;
- 2) объединенные;
- 3) не объединенные;
- 4) однопрофильные;

Компетенции: ПК-17

3. ВРАЧ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА ЗАПОЛНЯЕТ ФОРМУ:

- 1) 003/у/;
- 2) 025/у/;
- 3) 112/у/;
- 4) 122/у/;

Компетенции: ОПК-6

4. ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ В СРОК:

- 1) на 5 день госпитализации;
- 2) после 3 дня госпитализации;
- 3) на 1 неделе госпитализации;
- 4) не позднее 2 дня госпитализации;

Компетенции: ПК-18

5. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАР ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ.:

- 1) при отказе больного от лечения в поликлинике;
- 2) при необходимости круглосуточного наблюдения за пациентом;
- 3) при отсутствии условий для лечения на дому;
- 4) при отсутствии условий для лечения в дневном стационаре;

Компетенции: ПК-7

6. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОДУКТИВНОСТИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НЕОБХОДИМО::

- 1) повысить оборот койки;
- 2) понизить оборот койки;
- 3) повысить среднюю длительность пребывания больного на койке;
- 4) повысить среднюю стоимость пребывания больного на койке;

Компетенции: ПК-17

7. СТАЦИОНАР - ЭТО::

- 1) медицинское учреждение для оказания мед. помощи приходящим больным;
- 2) лечебно-профилактическое учреждение закрытого типа, предназначенное для оказания высококвалифицированной специализированной мед. помощи населению;
- 3) мед. учреждение, предназначенное для оказания неотложной помощи;
- 4) лечебно-профилактическое учреждение закрытого типа, предназначенное для оказания врачебной мед. помощи населению;

Компетенции: ПК-17

8. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) регистратура;
- 2) отделение профилактики;
- 3) приемное отделение;
- 4) отделение мед. статистики;

Компетенции: ПК-17

9. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) полнота охвата населения;
- 2) выполнение плана койко-дней;
- 3) активность посещения на дому;
- 4) частота выявленных заболеваний;

Компетенции: ПК-7

10. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ::

- 1) летальность в первые сутки;
- 2) заболеваемость населения;
- 3) патологическая пораженность;
- 4) частота внутрибольничных инфекций;

Компетенции: ПК-18

11. СТАЦИОНАР НА ДОМУ ОРГАНИЗУЕТСЯ::

- 1) при нехватке коечных мощностей в стационаре по месту жительства;
- 2) при отказе больного от госпитализации;
- 3) для больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует госпитализации;
- 4) при отсутствии условий лечения в поликлинике;

Компетенции: ПК-17

12. НОРМАТИВ СРЕДНЕГОДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ КОЙКИ В СТАЦИОНАРЕ СОСТАВЛЯЕТ::

- 1) 365 дней в году;
- 2) 330-340 дней в году;
- 3) 300-320 дней в году;
- 4) 300 дней в году;

Компетенции: ПК-17

13. НЕОБХОДИМОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАР ОБУСЛОВЛИВАЕТСЯ::

- 1) отказом больного от лечения в условиях поликлиники;
- 2) показаниями к круглосуточному наблюдению и лечению;
- 3) социальными показателями;
- 4) отсутствием условий для лечения на дому;

Компетенции: ПК-17

14. К ЧИСЛУ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ЕДИНИЦ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ::

- 1) реабилитационное отделение;
- 2) отделение мед. статистики;
- 3) поликлиника;
- 4) опер. блок;

Компетенции: ПК-17

15. НА БОЛЬНОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗАВОДИТСЯ ?:

- 1) амбулаторная карта;

- 2) журнал посещений;
- 3) история болезни;
- 4) стат. талон;

Компетенции: ОПК-6

16. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) стол справок;
- 2) регистратура;
- 3) отделение профилактики;
- 4) вспомогательное диагностическое подразделение;

Компетенции: ПК-17

17. ДЛЯ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТАЦИОНАРЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ::

- 1) средней длительности пребывания больного в стационаре.;
- 2) уровня смертности в трудоспособном возрасте;
- 3) уровня заболеваемости социально значимыми заболеваниями.;
- 4) уровня заболеваемости болезнями цивилизации;

Компетенции: ПК-18

18. ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РЕФОРМИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ::

- 1) Увеличение коечной мощности стационара;
- 2) развитие стационарзамещающих технологий;
- 3) Контроль за обоснованностью госпитализации;
- 4) Перепрофилирование неэффективно используемых мощностей;

Компетенции: ПК-17

19. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНИВАЕТ КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ?:

- 1) укомплектованность врачами;
- 2) уровень госпитализации населения;
- 3) общебольничная летальность;
- 4) оборот койки;

Компетенции: ПК-18

20. МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- 1) числом структурных подразделений;
- 2) числом больничных коек;
- 3) числом врачей;
- 4) наличием высококвалифицированной помощи;

Компетенции: ПК-17

21. КАЧЕСТВО РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПОКАЗАТЕЛИ:

- 1) выполнение плана койко-дней;
- 2) показатель смертности;
- 3) средняя длительность лечения больного;
- 4) показатели совпадения (расхождения) клинических и патологических диагнозов;

Компетенции: ПК-18

22. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ (БОЛЬНИЧНЫМИ КОЙКАМИ) РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (численность населениях 10000)/ общее количество коек на конец года;
- 2) (общее количество коек на конец года х 10000)/ общее количество больных;
- 3) (общее количество коек на конец года х 10000)/ численность населения;
- 4) (общее количество коек на конец года х 10000)/ общее количество использованных больничных;

Компетенции: ПК-18

23. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НЕОБХОДИМО ::

- 1) понизить работу койки;
- 2) понизить оборот койки;
- 3) повысить среднюю длительность пребывания больного на койке;
- 4) понизить среднюю длительность пребывания больного на койке;

Компетенции: ПК-17

24. ФАКТОРЫ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- 1) медико-демографические;
- 2) политические;

- 3) уровень финансирования здравоохранения;
- 4) принципы финансирования здравоохранения;

Компетенции: ПК-17

25. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ОБЛАСТНОЙ (КРАЕВОЙ) БОЛЬНИЦЫ:

- 1) высококвалифицированная стационарная помощь;
- 2) текущий санитарный надзор в лечебно-профилактических учреждениях;
- 3) проведение профилактических осмотров;
- 4) организация и проведение оздоровительных мероприятий;

Компетенции: ПК-17

26. ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ::

- 1) Оформлен записью в медицинской документации и подписан пациентом и медицинским работником;
- 2) Оформлен записью в медицинской документации и подписан пациентом;
- 3) Оформлен записью в медицинской документации и подписан медицинским работником;
- 4) Оформлен записью в медицинской документации и подписан пациентом и медицинским работником в присутствии администрации ЛПУ;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Численность района А составляет 140000 человек. Согласно штатному нормативу в районе 723 врачебных должностей, из них занятых 428. Штатных должностей ср. медицинских работников 1730, из них занято 1400. Коечный фонд всех медицинских учреждений района составляет – 1100 коек. Одним из медицинских учреждений, обслуживающих район является ЦРБ, рассчитанных на 470 коек.

Отделение	Койки	Пользов-х б-х	Умерло/в первые сутки	К-Д
Терапия	150	2500	2/0	45000
Хирургия	150	2700	4/2	37800
Инфекция	70	1000	0/0	22000
Родильное отделение	60	1580	0/0	15800
Детство	40	628	0/0	13200
Всего	470	8408	6/2	133800

Вопрос 1: Провести анализ работы ЦРБ по отделениям и в целом рассчитать структуру госпитализированной заболеваемости по профилям работы ЦРБ, изобразить секторной диаграммой. Рассчитать среднегодовую занятость койки (по отделениям и в целом);

Вопрос 2: Рассчитать оборот койки (по отделениям и в целом);

Вопрос 3: Рассчитать СПП на койке;

Вопрос 4: Рассчитать летальность;

Вопрос 5: Рассчитать выполнение плана койко-дней, если план к/д составляет (138000);

Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-6

2. В районе X, суммарное количество коек составляет 150, число жителей 150000.

Вопрос 1: Рассчитайте показатель обеспеченности койками жителей района X.;

Вопрос 2: Назовите задачи больничных учреждений.;

Вопрос 3: Перечислите возможные способы повышения работы койки.;

Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-6

3. В городской больнице №3 за месяц умерло 3 человека, было 280. В терапевтическом отделении со среднегодовым числом коек 70 и числом дней лечения 20300, установлена нормативная годовая функция койки - 320 дней.

Вопрос 1: Вычислите показатель больничной летальности.;

Вопрос 2: Задачи приемного отделения.;

Вопрос 3: Определите показатель выполнения плана койко-дней в терапевтическом отделении;

Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-5, ОПК-6

4. Ребёнок 1 года жизни лечился в стационаре по поводу ОРВИ, стенозирующего ларинготрахеита. При поступлении ребёнку были проведены все лабораторные исследования и назначено лечение в соответствии со стандартом. Ребёнок выписался по настоянию матери раньше положенного срока. Выздоровление к моменту выписки не наступило, но острый период купирован. Повторный анализ крови при выписке не проводился.

Вопрос 1: Правильны ли действия лечащего врача в стационаре?;

Вопрос 2: Тактика врача если будут выявлены значительные изменения в анализах;

Вопрос 3: О чем должен предупредить врач мать ребенка;

Компетенции: ОПК-6

5. Больной С. находился в стационаре по поводу пневмонии. Обследование в стационаре проведено в полном объёме, после чего диагноз был подтверждён. На фоне проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, но больной был выписан из стационара.

Вопрос 1: Какие ошибки допустил лечащий врач стационара?;

Вопрос 2: Правомерны ли действия врача;

Компетенции: ПК-18

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений и оценка качества лечебно-профилактической помощи

2. Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения. Политика в области охраны здоровья. Краткая история и развития и реформирования здравоохранения в России. Реализация национального проекта «Здоровье» в России.

3. Организация здравоохранения в зарубежных странах. Здравоохранение основанное на принципах страхования, бюджетного и частного финансирования. Достоинства и недостатки действующих систем здравоохранения и связанные с этим направления реформирования здравоохранения в зарубежных странах. Деятельность международных медицинских организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО).

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdraz.ru/>)

Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю (<http://krasstat.gks.ru/>)

1. Тема № 9. Трех уровневая система здравоохранения. (Компетенции: ПК-17, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Знать основные уровни оказания медицинской помощи в сельской местности.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., **уметь** управлять потоками пациентов для повышения продуктивности и эффективности здравоохранения., регулировать потоки пациентов и выбирать вариант обслуживания в зависимости от их статуса как объекта страховой медицины., **владеть** методикой расчета и дать оценку показателей работы амбулаторно-поликлинических учреждений., методикой расчета и дать оценку показателей работы стационарных учреждений., методиками выбора для пациента между амбулаторным лечением, дневным стационаром, стационаром на дому и госпитализацией, а также направления запроса на телемедицинскую консультацию.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Виды, условия и формы оказания медицинской помощи определены [Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ \(ред. от 03.08.2018\) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#)

Статья 32. Медицинская помощь

1. 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.

Этапы медицинской помощи согласно 37 статье данного закона определяются "порядками оказания медицинской помощи".

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

2. [Порядки](#) оказания медицинской помощи и [стандарты](#) медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

1) этапы оказания медицинской помощи;

- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Особенности организации лечебно-профилактической помощи сельскому населению:

Основные принципы организации медицинской помощи в сельской местности.

- Этапность
- Бесплатность
- Общедоступность
- Преемственность медицинской помощи

Особенности сельского здравоохранения:

Этапность.

- Участковое обслуживание сельского населения (с организацией на участке одного-двух фельдшерских пунктов и аптеки, а в центре каждого участка – больницы с амбулаторией);
- Низкая обеспеченность специалистами;
- Отсутствие права выбора медицинского учреждения, так как в небольших населенных пунктах медицинская помощь оказывается, как правило, одним врачом (фельдшером);
- Низкий уровень (по сравнению с городским) потребления медицинской инфраструктуры коммуникаций значительно снижает доступность медицинской помощи сельским жителям;
- Низкая (по сравнению с городом) плотность населения, располагающегося на большей территории, разбросанность населённых пунктов и их отдалённость;
- Среди обслуживаемого населения преобладают неработающие, пенсионеры;
- Плохое качество, а порой и отсутствие дорог;
- Специфика сельскохозяйственного труда (сезонность полевых работ, зависимость от погодных условий и т. д.);
- Особенности условий, образа жизни, национальных традиций и обычаев сельского населения.

Организация медико-социальной помощи на селе, её объём и качество зависят от:

- удалённости медицинских учреждений от места жительства пациентов;
- укомплектованности квалифицированными кадрами, оборудованием;
- возможности получения специализированной медицинской помощи;
- возможности реализации нормативов медико-социального обеспечения.

2. Структура сельского здравоохранения.

1. Первичное звено оказания медико-санитарной помощи на селе представлено:

- сетью фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП)
- врачебными (фельдшерскими) амбулаториями
- центральными районными поликлиниками (в составе ЦРБ).

2. В стационарную сеть входят:

- участковые больницы
- центральные районные больницы (ЦРБ)
- краевые (областные) больницы.

Главной особенностью организации медицинской помощи сельскому населению является **ЭТАПНОСТЬ** её оказания. Условно выделяют **три этапа** оказания лечебно-профилактической помощи населению.

3. ПЕРВЫЙ ЭТАП

Сельский врачебный участок (СВУ). Организация первичной медико-санитарной помощи на участке.

Задачи СВУ:

- оказание населению общедоступной квалифицированной врачебной помощи
- проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий

- формирование у жителей установок и навыков здорового образа жизни.

Состав СБУ:

- ФАПы

- сельская участковая больница (СУБ) или врачебная амбулатория

- родильные дома
- медпункты дет.образовательных учреждений
- фельдшерские здравпункты при предприятиях и совхозах
- совхозные профилактории

Структура **СБУ** формируется в зависимости от численности обслуживаемого населения (5 - 9 тыс. человек), радиуса обслуживания (7 - 10 км), расстояния до ЦРБ и состояния дорог. Однако, в зависимости от природных и экономическо-географических факторов, влияющих на доступность мед.помощи, размеры врачебных участков, численность населения на участке могут быть различными.

Все медицинские учреждения, входящие в состав СБУ, организационно объединены и работают по единому плану под руководством главного врача участковой больницы (амбулатории).

ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ (ФАП)

Первым учреждением, в которое обычно обращается пациент в сельской местности, является **фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)**. ФАП организуется в населённых пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние до ближайшего медицинского учреждения превышает 7 км, то ФАП может быть организован и в населённом пункте с числом жителей до 700 человек.

На ФАПе, в зависимости от численности обслуживаемого населения, могут работать:

- фельдшер;
- фельдшер и акушерка;
- фельдшер, акушерка и патронажная сестра.

Функции ФАП:

- Оказание населению первой доврачебной медицинской помощи;
- Обеспечение населения лекарственными средствами (по утверждённой органами управления здравоохранения номенклатуре);
- Своевременное и в полном объёме выполнение назначений врача;
- Организация патронажа детей и беременных женщин, динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан;
- Проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- Систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов войн и ведущих специалистов сельского хозяйства (механизаторов, животноводов);
- Проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;
- Санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения;
- Оказание неотложной зубоврачебной помощи (например, снятие острой боли)

Фельдшер ФАПа обязан оказывать первую медицинскую помощь при острых заболеваниях и травмах, проводить прививки, физиотерапевтические мероприятия. Медицинские работники ФАПа непосредственно участвуют в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населённых пунктов, в проведении подворных обходов по эпидемиологическим показаниям, извещают ЦГСЭН об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях, нарушениях санитарных правил. Таким образом, ФАП является учреждением в большей степени профилактической направленности.

Педиатрическая служба.

Особое место в деятельности ФАПов занимает работа с детьми. В системе медико-санитарного обеспечения детского населения ФАП также является учреждением исключительно профилактического направления.

Обязанности мед.работников ФАП:

- дородовый патронаж и диспансеризация детей (одинаково для города и для сельской местности);
 - обеспечивать систематическое наблюдение за здоровьем детей раннего возраста;
- проведение полного комплекса профилактических мероприятий (проф.прививки по календарю прививок)
- санитарно-просветительную работу;
 - контроль за деятельностью образовательных учреждений и оказание первой доврачебной помощи заболевшим детям.

В соответствии с установленным МЗ РФ порядком *лечение детей, особенно раннего возраста, работникам ФАПов не допускается*. Фельдшер обязан своевременно, желательно активно, выявить больного ребёнка, оказать ему необходимую в экстренных случаях неотложную помощь, вызвать врача к заболевшему ребёнку или обеспечить своевременную госпитализацию. Дети, не нуждающиеся в помещении в стационар, могут быть после осмотра врачом оставлены для лечения на дому под наблюдением фельдшера и при выполнении им назначений врача. Средние медицинские работники ФАПа при необходимости по указанию врача должны активно посещать реконвалесцентов после выписки из стационаров, а также детей, состоящих на диспансерном учёте, и выполнять врачебные назначения по поводу хронических заболеваний.

Стоматологическая служба.

Оказание первого этапа медицинской помощи стоматологическим больным осуществляется на уровне сельского врачебного участка. На ФАПе может быть оказана неотложная зубоврачебная помощь фельдшером (например, снятие острой боли), для чего он имеет необходимый набор зубоврачебных инструментов. Помощь, оказанная таким образом, будет относиться к доврачебной (фельдшерской).

СЕЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА (СУБ).

Сельская участковая больница (СУБ) является ведущим учреждением на СВУ. В своём составе может иметь стационар и врачебную амбулаторию.

Характер и объём медицинской помощи в участковой больнице определяется мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Однако независимо от мощности она обязана, прежде всего, осуществлять оказание амбулаторной помощи терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическую помощь детям, неотложную хирургическую и травматологическую помощь.

В штате СУБ должны быть врачи по основным специальностям: терапия, педиатрия, стоматология, акушерство и гинекология, хирургия.

Задачи СУБ:

- Обеспечение населения закреплённой территории квалифицированной врачебной помощью (амбулаторной и стационарной);
- Планирование и проведение мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и травматизма среди различных групп сельского населения;
- Проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребёнка;
- Внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения, передовых форм и методов организации медицинской помощи;
- Организационно-методическое руководство и контроль над деятельностью ФАПов и других учреждений здравоохранения, входящих в состав врачебного участка.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению может оказываться амбулаторией (поликлиникой), входящей в структуру СУБ, или самостоятельной сельской врачебной амбулаторией (поликлиникой). Врачи ведут приём взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приёме больных могут принимать участие и фельдшера, однако амбулаторная помощь в сельской врачебной амбулатории должна оказываться врачами.

Функции СУБ:

- Проведение мероприятий по приближению внебольничной помощи к работникам сельского хозяйства в период массовых полевых работ;
- Проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки, текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением и очисткой населённых мест и т. д.);
- Плановые выезды врачей в подчинённые ФАПы и детские образовательные учреждения для оказания практической помощи и проведения контроля над их работой;
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и, в случае необходимости направление на МСЭК.

Педиатрическая служба.

Важное место в деятельности СУБ занимает работа с детьми. Лечебно-профилактическая помощь детям на сельском врачебном участке осуществляется врачами и средними медицинскими работниками под руководством главного врача участковой больницы (ТМО). При наличии на сельском врачебном участке педиатра главный врач, как правило, возлагает на него ответственность за организацию медицинской помощи детям на участке. При отсутствии педиатра главный врач СУБ вправе возложить ответственность за лечебно-профилактическую помощь детям на одного из врачей общего профиля, выделив ему для работы по педиатрии определённое время.

Обязанности врача СУБ:

- Осуществление непрерывного профилактического наблюдения за детьми раннего возраста в приписанных к участковой больнице сёлах;
- Периодический врачебный осмотр всех детей раннего возраста, особенно первого года жизни, на участке;
- Активное выявление больных и ослабленных детей на врачебном участке, взятие их на диспансерный учёт с целью регулярного наблюдения и оздоровления;
- Организация своевременного и полного охвата детей профилактическими прививками;
- Обеспечение регулярного наблюдения за детьми в организованных коллективах, наблюдение за правильным нервно-психическим и физическим развитием детей, проведение необходимых оздоровительных мероприятий;
- Активное выявление заболевших детей, особенно раннего возраста, своевременное оказание им квалифицированной медицинской помощи и обеспечение в случае необходимости госпитализации;
- Постоянное изучение условий и образа жизни детей в семье, выявление и содействие устранению неблагоприятно влияющих на состояние здоровья и развитие детей факторов внешней среды;
- Контроль над работой ФАПов по вопросам медико-санитарного обеспечения детей путём регулярного (по графику) выезда на места, оказания им необходимой организационно-методической помощи;
- Организация и проведение широкой санитарно-просветительной работы среди родителей, детей, педагогов, воспитателей по вопросам охраны здоровья детей.

Участковые врачи СУБ выезжают по определённому графику, о котором должно быть осведомлено население, на ФАПы своего участка для проведения консультативного приёма. При этом они должны стремиться к неустанному повышению квалификации своих помощников, передавая им свои знания и опыт.

В свою очередь педиатры ЦРБ должны выезжать по разработанному графику в сельские участковые больницы для улучшения организации медицинской помощи детям на селе. О приезде педиатра население должно быть оповещено заранее.

Материалы проверок работы сельских участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов по медико-санитарному обеспечению детей обобщаются районными педиатрами и оргметодкабинетами ЦРБ и периодически заслушиваются на районных конференциях и медицинских советах при главном враче района. По итогам обсуждения принимаются соответствующие организационные меры.

Стоматологическая служба.

Объём помощи, оказываемой на данном этапе, представлен неотложной и плановой зубоврачебной, а также квалифицированной стоматологической помощью.

Если при каких-либо условиях во врачебной амбулатории или участковой больнице отсутствует врач-стоматолог, то

врачом иной специальности, при необходимости, может быть оказана первая врачебная стоматологическая помощь, включающая простейшие лечебно-профилактические мероприятия. Естественно, что желательным во всех случаях будет являться квалифицированная стоматологическая помощь, которая оказывается врачом-стоматологом и включает сложные врачебные манипуляции, с применением соответствующего оснащения.

Преимущественно на сельском врачебном участке ведется смешанный прием больных. Однако работа врача-стоматолога сельского стоматологического кабинета должна строиться по принципу дифференцированного приема. При этом, в течение рабочей недели должны быть выделены дни хирургического приема, дни терапевтического приема и профилактические дни. Больным с острой болью помощь оказывается во все дни по обращаемости. Кроме того, в сельском стоматологическом кабинете может оказываться медицинская помощь жителям близлежащих населенных пунктов (на приписном участке), где малая численность населения, и не предусмотрено медицинских учреждений.

Профилактическая работа врача-стоматолога на сельском врачебном участке базируется на плановой санации полости рта и зубов в организованных коллективах детей и взрослых.

Кроме хирургической и терапевтической помощи, в сельских стоматологических кабинетах оказывается и ортопедическая помощь.

Больные, нуждающиеся в специализированной стоматологической помощи, направляются на следующие этапы.

4. ВТОРОЙ ЭТАП

ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА (ЦРБ).

ЦРБ – основное учреждение второго этапа сельского здравоохранения является центральной районной больницей, которая осуществляет основные виды специализированной квалифицированной медицинской помощи и одновременно выполняет функции органа управления. ЦРБ служит центром оперативного руководства всеми учреждениями здравоохранения на территории района, отвечает за организацию, постановку и качество медицинской помощи населению, осуществляет организационно-методическую работу.

В различных регионах страны действуют ЦРБ разной мощности, которая зависит от численности населения, обеспеченности больничными учреждениями и других факторов. Оптимальная мощность ЦРБ не менее 250 коек.

Состав ЦРБ :

- Стационар с отделениями по основным специальностям;
- Поликлиника с лечебно-диагностическими кабинетами и лабораторией;
- Отделение скорой и неотложной медицинской помощи;
- Патологоанатомическое отделение;
- Организационно-методический кабинет;
- Структурные вспомогательные подразделения (аптека, кухня, медицинский архив и др.).

Профиль и количество специализированных отделений в составе ЦРБ зависят от её мощности, однако оптимальное число их должно быть **не менее пяти:**

- терапевтическое;
- хирургическое с травматологией;
- педиатрическое;
- инфекционное;
- акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома).

Задачи ЦРБ:

- Обеспечение населения района и районного центра квалифицированной специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью;
- Организация скорой медицинской помощи;
- Оперативное и организационно-методическое руководство всеми учреждениями здравоохранения района, контроль за их деятельностью;

- Планирование, финансирование и организация материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения район;
- Разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания населения, снижение заболеваемости, младенческой и общей смертности, укрепление здоровья;
- Разработка и осуществление мер по расстановке, рациональному использованию, повышению квалификации и воспитанию медицинских кадров учреждений здравоохранения.

Руководство здравоохранением района осуществляет главный врач ЦРБ, имеющий заместителей по основным направлениям деятельности:

- по медицинской части;

- по поликлинической работе;
- по организационно-методической работе (заведующий организационно-методическим отделом);
- по административно-хозяйственной работе

- по детству и родовспоможению (в районах с численностью населения 70 тыс. и более).

Санитарно-профилактической службой руководит главный государственный санитарный врач района, являющийся главным врачом ЦГСЭН.

Врачам сельских врачебных участков для оказания методической, организационной и консультативной помощи ЦРБ выделяет районных специалистов, которые в рамках своей специальности осуществляют организационно-методическое руководство всеми медицинскими учреждениями района. Это, по существу, заведующие отделениями ЦРБ, наиболее опытные врачи.

Функции заведующего отделением ЦРБ:

- возглавляет лечебную работу в районе по своей специальности;
- выезжает для консультаций;
- проводит показательные операции;

- обследование и лечение больных;

- направляет бригады врачей-специалистов в медицинские учреждения сельских врачебных участков;
- заслушивает отчёты врачей участковых больниц, заведующих ФАПов;
- анализирует планы работы, статистические отчёты;
- проводит научные конференции, семинары;
- осуществляет повышение квалификации на рабочем месте и т. д.

Поликлиника ЦРБ.

Поликлиника (амбулатория) ЦРБ оказывает квалифицированную медицинскую помощь сельскому населению по 8 – 10 врачебным специальностям.

Задачи поликлиники:

- Обеспечение квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощью прикрепленного населения района и районного центра;
- Организационно-методическое руководство амбулаторно-поликлиническими подразделениями района, контроль над их

деятельностью;

- Планирование и проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости и инвалидности;
- Своевременное и широкое внедрение в практику работы всех амбулаторно-поликлинических учреждений района современных методов и средств профилактики и лечения заболеваний, передового опыта оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

В районную поликлинику обращаются сельские жители по направлениям медицинских учреждений сельских

врачебных участков для получения специализированной медицинской помощи, функционального обследования, консультаций у врачей-специалистов.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к месту жительства на базе ЦРБ из числа штатных врачей и медсестёр могут создаваться выездные бригады врачебно-амбулаторной помощи.

Важную роль в организации лечебно-профилактической помощи в районе играет организационно-методический кабинет ЦРБ. Он должен быть укомплектован наиболее опытными врачами, и располагать данными об экономике и санитарном состоянии района, о сети и укомплектованности медицинских учреждений кадрами, об обеспеченности населения различными видами медико-социального обеспечения и т. д. Возглавляет организационно-методический кабинет заведующий, который одновременно является заместителем главного врача ЦРБ.

Межрайонные специализированные отделения (МСО).

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению в районных центрах могут создаваться межрайонные специализированные отделения (центры), оснащённые современным оборудованием.

Функции межрайонных центров выполняют ЛПУ, способные обеспечить население специализированной высококвалифицированной стационарной или амбулаторно-поликлинической медицинской помощью, в случаях, когда ЦРБ окружающих районов не имеют возможности оказывать специализированную помощь по данной специальности. Наряду с выполнением функции структурного подразделения ЛПУ межрайонные специализированные центры (отделения) осуществляют:

Функции МСО:

- Консультативные приёмы в поликлинике больных по направлению врачей ЛПУ прикреплённых районов;
- Госпитализацию больных из прикреплённых районов;
- Организационно-методическую и консультативную помощь (включая экспертизу трудоспособности) врачам ЛПУ прикреплённых районов, в том числе путём плановых выездов;
- Внедрение в практику работы учреждений здравоохранения современных средств и методов профилактики, диагностики и лечения больных по соответствующей специальности;
- Проведение анализа результатов оказания медицинской помощи жителям прикреплённых районов, представление информации о работе межрайонного медицинского центра;
- Проведение совместных контрольно-экспертных комиссий, тематических конференций, семинаров.

Организации здравоохранения прикреплённых районов обеспечивают транспортировку больных и беременных в межрайонный центр (по договорённости), направление больных на консультацию только при условии полного обследования в соответствии с медико-экономическими стандартами, информируют население о режиме работы специалистов центра. Для координации работы межрайонных медицинских центров и приписанных районов создаются межрайонные медицинские советы.

Служба скорой медицинской помощи.

Служба скорой медицинской помощи на селе остается сегодня и наиболее востребованной, и наиболее проблемной.

Задачи:

- оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма;
- доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Станции скорой медицинской помощи в сельской местности, как и городские, подразделяются на категории в зависимости от числа вызовов в год. В сельских районах это в основном станции третьей и четвертой категории, обслуживающие соответственно от 25 тыс. до 50 тыс. и от 10 тыс. до 25 тыс. вызовов в год.

Основной структурно-функциональной единицей станции скорой медицинской помощи является фельдшерская бригада:

- два фельдшера;
- санитар;

- водитель.

Бригада оказывает необходимую медицинскую помощь в пределах компетенции, определенной отраслевыми нормами, правилами и стандартами для фельдшерского персонала. Состав и структуру бригады утверждает руководитель станции (отделения) скорой медицинской помощи.

На должность фельдшера выездной бригады скорой медицинской помощи назначается специалист со средним медицинским образованием по специальности «лечебное дело», имеющий диплом и соответствующий сертификат, на должность фельдшера (медицинской сестры) по приему и передаче вызовов станции (отделения) скорой медицинской помощи - специалист со средним медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или «сестринское дело».

Отделения (филиалы) неотложной медицинской помощи создаются на базе участковых больниц и сельских врачебных амбулаторий с круглосуточным закреплением за ними санитарного транспорта. Такие организационные модели позволяют оказывать скорую и медицинскую помощь гарантированно, круглосуточно и бесплатно в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Педиатрическая служба.

Оказание внебольничной и стационарной лечебно-профилактической помощи детям в районном центре и районе возлагается на детские консультации (поликлиники) и детские отделения ЦРБ.

Работа по охране здоровья детей в районе строится и проводится по единому плану, утверждённому главным врачом, который в целом несёт ответственность за качество оказания медицинской помощи детям в районе. Однако непосредственную ответственность главный врач в свою очередь возлагает на заместителя по детству и родовспоможению или (при отсутствии такового) на районного педиатра, который осуществляет руководство всей лечебно-профилактической помощью детям в сельском районе.

Должность районного врача-педиатра устанавливается в штате каждой районной больницы (РТМО), в состав которой входит детская консультация-поликлиника, дополнительно к врачебным должностям, предусмотренным типовыми штатами детских поликлиник.

Стоматологическая служба.

Второй этап стоматологической помощи осуществляется в кабинетах и отделениях центральных районных больниц (ЦРБ). Основная функция – оказание специализированной помощи по основным ее видам.

Существенную роль в оказании стоматологической помощи жителям сельской местности играют кабинеты и отделения центральных районных больниц (ЦРБ). В них оказывается квалифицированная и специализированная стоматологическая помощь по основным специальностям (терапия, хирургия, ортопедия, ортодонтия). Кроме того, в ЦРБ больной может получить и стационарную стоматологическую помощь.

В районные учреждения направляются больные, как правило, в сложных случаях, когда требуется объем стоматологической помощи, который не может быть оказан в условиях сельского врачебного участка, а также для протезирования и получения ортодонтической помощи.

В крупных районах с большой численностью населения могут быть организованы районные стоматологические поликлиники, структура которых строится по аналогии со стоматологическими поликлиниками в городах. В них ведется дифференцированный прием больных в соответствующих кабинетах по основным специальностям.

Во всех районных больницах должен осуществляться дифференцированный прием стоматологических больных. Например, в крупных районах с численностью населения свыше 60 тысяч человек плановый хирургический прием ведется ежедневно, в районах с численностью населения до 40 тысяч жителей - 3 раза в неделю, в более мелких районах – 2 раза в неделю. Хирургические больные с острой болью принимаются в день обращения.

Ортопедическая стоматологическая помощь в районных больницах оказывается в полном объеме. При этом, в составе ортопедического отделения (кабинета) имеется зуботехническая лаборатория, которая в состоянии осуществлять все необходимые виды зуботехнических работ.

Таким образом, максимальный объем квалифицированной и специализированной стоматологической помощи жителям сельской местности должен быть оказан на втором этапе, т. е. в ЦРБ или районной стоматологической поликлинике.

5. ТРЕТИЙ ЭТАП

ОБЛАСТНЫЕ (КРАЕВЫЕ, ОКРУЖНЫЕ, РЕСПУБЛИКАНСКИЕ) УЧРЕЖДЕНИЯ.

Краевая (областная, окружная, республиканская) больница – крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное оказывать высококвалифицированную специализированную помощь не только сельским жителям, но и всем жителям субъекта РФ. Руководит здравоохранением государственный орган управления здравоохранением администрации (правительства) субъекта РФ в соответствии с законодательством и в пределах предоставленных ему полномочий.

Областная больница является центром организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещёнными на территории области (края, округа, республики), базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Мощность больницы определяется численностью населения административной территории (включая административный центр), а штаты, в свою очередь, зависят от мощности. Оптимальной считается мощность областной (краевой, окружной, республиканской) больницы в 700 – 1000 коек.

Задачи краевой (областной) больницы:

- Оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи населению административной территории в амбулаторных и стационарных условиях с применением высокоэффективных медицинских технологий;
- Оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других ЛПУ административной территории;
- Организация и оказание квалифицированной экстренной и планово-консультативной медицинской помощи с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта;
- Осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях административной территории;
- Осуществление иных экспертных функций на договорной основе с органами управления здравоохранением и медицинскими учреждениями административной территории, лицензионно-аккредитационными комиссиями, фондами медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и др.;
- Разработка и выполнение по договорам с органами управления здравоохранением мер по реализации целевых программ развития медицинской помощи;
- Внедрение в практику ЛПУ административной территории современных медицинских технологий, экономических методов управления и принципов медицинского страхования;
- Участие в подготовке, переподготовке и повышении квалификации медицинских работников.

Структура краевой (областной) больницы:

- организационно-методический отдел;

- консультативную поликлинику;

- диагностический отдел
- стационар с приёмным отделением;
- отдел клинико-экспертной и организационно-экономической работы;
- отдел экспертной и планово-консультативной помощи;
- патологоанатомическое отделение (бюро – при отсутствии самостоятельного республиканского (краевого, окружного) бюро);
- прочие структурные подразделения, необходимые для нормального функционирования больницы (пищеблок, бухгалтерию, медицинский архив, библиотеку, гараж и др.);
- пансионат для пациентов;
- общежитие для медицинских работников.

Областная (краевая) консультативная поликлиника (ОКП)

Деятельность областной больницы имеет свои особенности. Одной из таких особенностей является наличие в

составе больницы **областной консультативной поликлиники (ОКП)**, куда за помощью приезжают жители всех городов и районов области, что вызывает необходимость организации их размещения. Для этих целей создаётся пансионат или гостиница для пациентов.

Задачи ОКП:

- обеспечение направленным из медицинских учреждений участкового или районного уровня больным специализированной квалифицированной консультативной помощи по установлению или уточнению диагноза;
- предписание объёма и методов лечения, при необходимости стационарной помощи в отделениях областной больницы;
- оценивает качество работы сельских врачей, районных городских и участковых больниц;
- совместно с отделением экстренной и планово-консультативной помощи организует и проводит выездные консультации врачей-специалистов.

В областную консультативную поликлинику больных направляют, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов. Для равномерного распределения потока больных ОКП регулярно сообщает о наличии свободных мест в пансионате, в отделениях больницы, согласовывает сроки поступления больных из учреждений сельской местности. На каждого больного ОКП даёт медицинское заключение, в котором указываются диагноз заболевания, проведённое лечение и дальнейшие рекомендации. Поликлиника систематически анализирует случаи расхождения диагнозов, ошибки, допущенные врачами ЛПУ районов при обследовании и лечении больных на местах.

Отделение экстренной и планово-консультативной помощи.

Особенностью областной больницы является наличие в ее составе отделения экстренной и планово-консультативной помощи, которое, используя средства санитарной авиации или другой транспорт, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленный населенный пункт или места дислокации (работы) сельских жителей.

Функции отделения:

- транспортировка больных в медицинские учреждения;
- направление специалистов по вызовам из районов и поддержание связи с бригадами, направленными для оказания медицинской помощи;
- в неотложных случаях организация доставки больных в сопровождении медицинского персонала в специализированные учреждения за пределы области;
- срочная доставка различных медицинских препаратов и средств, необходимых для спасения жизни больных;

Это отделение, как правило, имеет парк автомобилей (часть — с высокой проходимостью) для выездов в сельскую местность. Авиазадания выполняются на основании договоров с местными авиакомпаниями, что требует значительных финансовых затрат. В штате отделения работают, помимо заведующего, врачи по оказанию экстренной медицинской помощи, фельдшера, медсестры. К работе отделения могут привлекаться все специалисты областной больницы и других учреждений. Отделение экстренной и планово-консультативной помощи, как правило, является базовым медицинским подразделением регионального центра медицины катастроф. В этом случае практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности — БСМПП.

Организационно-методический отдел.

В отличие от городской, в областной больнице функции организационно-методического отдела значительно шире. Фактически он служит научно-методической базой государственного органа управления здравоохранением по внедрению в практику передовых организационных форм и методов медицинского обслуживания населения.

Функции организационно-методического отдела:

- анализ деятельности ЛПУ области;
- организационно-методическая и консультативная помощь органам и учреждениям здравоохранения области;

- изучение показателей здоровья-населения области;
- организация повышения квалификации кадров;
- планирование работы .

В организационно-методической работе медицинских учреждений области принимают участие:

1. главные штатные (главный хирург, терапевт, педиатр, акушер-гинеколог) специалисты государственного органа управления здравоохранением.
2. внештатные (чаще всего заведующие специализированными и узкоспециализированными отделениями) специалисты государственного органа управления здравоохранением.

Выездные формы работы.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению важное значение приобретают бригады выездной врачебно-амбулаторной помощи, которые создаются на базе ЦРБ и областных больниц. Выездная бригада формируется главным врачом больницы из числа штатных врачей и средних мед. работников. В ее состав могут включаться мед. работники других лечебно-профилактических учреждений (городских больниц, род. домов, диспансеров и др.).

Планово выездные консультации врачей-специалистов при краевой (областной) больнице организует и проводит консультативная поликлиника совместно с отделением экстренной и планово-консультативной помощи.

Виды выездных форм медицинского обслуживания:

- передвижные врачебные амбулатории,
- клиничко-диагностические лаборатории,
- флюорографические установки,
- стоматологические кабинеты.

Основные задачи выездных форм медицинского обслуживания населения:

- Выполнение большого объема профилактической и лечебной работы.
- Приблизить оказание медицинской помощи сельским жителям, сделать ее более доступной и своевременной.
- Осуществление консультативной помощи.

Электронная запись для посещения Краевой клинической больницы.

В связи с большим потоком пациентов из территорий Красноярского края на обследование и лечение в консультативно-диагностическую поликлинику КГУЗ «Краевая клиническая больница» для упорядочивания приема, уменьшения очередности на консультацию к специалистам и диагностическое обследование, а также удобства пациентов, консультации в поликлинике оказываются в **плановом порядке по предварительной записи**.

Запись пациента на консультацию осуществляется территориальным медицинским учреждением (центральной районной больницей) по электронной почте. Пациенту, получившему талон по электронной почте, гарантирована консультация специалиста в соответствии с датой и временем, указанным в талоне.

В случае возникновения необходимости дополнительных консультаций или исследований, медицинская помощь оказывается пациенту в порядке очередности, сложившейся на день обращения, **за исключением случаев, требующих оказания неотложной медицинской помощи.**

Пациенты, прибывшие по направлению без предварительной записи по электронной почте, направляются на консультацию в порядке очередности сложившейся на день обращения (срок ожидания консультации специалиста может составить 2-3 и более дней), приоритеты предоставляются сельским жителям.

При обращении в регистратуру консультативно-диагностической поликлиники КГУЗ ККБ пациенту необходимо иметь:

направление на бланке учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», заверенное клиничко-экспертной комиссией медицинского учреждения;

выписку из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного на бланке учетной формы № 027-у и результаты проведенных исследований (рентгенологические снимки, электрокардиограмма, заключение ультразвукового исследования и т.д.);

- действующий полис обязательного медицинского страхования;
- документ, удостоверяющий личность;
- письмо о записи пациента по электронной почте.

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите и охарактеризуйте виды медицинской помощи согласно 323 ФЗ

Компетенции: ПК-17

2. Перечислите и охарактеризуйте условия оказания медицинской помощи согласно 323 ФЗ

Компетенции: ПК-17

3. Перечислите и охарактеризуйте формы оказания медицинской помощи согласно 323 ФЗ

Компетенции: ПК-17

4. Охарактеризуйте особенности организации медицинской помощи сельскому населению.

Компетенции: ПК-17

5. Расскажите как осуществляется запись в Краевую клиническую больницу.

Компетенции: ПК-17

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ ОКАЗЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ МЕД. ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ::

- 1) доврачебная и врачебная мед. помощь, основным видом которой является терапевтическая;
- 2) специализированная и дорогостоящая мед. помощь, основным видом которой является терапевтическая;
- 3) многопрофильная квалифицированная мед. помощь, основным видом которой является терапевтическая;
- 4) врачебная мед. помощь, основным видом которой является терапевтическая.;

Компетенции: ПК-17

2. НА УРОВНЕ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) доврачебная;
- 2) первая врачебная;
- 3) узкоспециализированная;
- 4) высокотехнологичная;

Компетенции: ПК-17

3. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) Первичная медико-санитарная помощь;
- 2) Помощь на дому при вызове медицинского работника;
- 3) Стационарная медицинская помощь;
- 4) Амбулаторная хирургия;

Компетенции: ПК-17

4. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ::

- 1) В медицинской организации оказывающей специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь;
- 2) На станции скорой медицинской помощи;
- 3) В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) В паллиативных медицинских организациях;

Компетенции: ПК-17

5. В СОСТАВ ЦРБ ВХОДИТ::

- 1) врачебная амбулатория;
- 2) ФАП;
- 3) отделение скорой и неотложной помощи;
- 4) отделение сан.авиации;

Компетенции: ПК-17

6. МЕЖРАЙОННЫЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ СОЗДАЮТСЯ::

- 1) на базе участковых больниц;

- 2) на базе крупных центральных районных больниц;
- 3) на базе краевых (областных) больниц;
- 4) на базе врачебных амбулаторий;

Компетенции: ПК-17

7. В СТРУКТУРУ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ВХОДИТ::

- 1) ЦРБ;
- 2) центр сан. эпид. надзора;
- 3) врачебная амбулатория;
- 4) патологоанатомическое отделение;

Компетенции: ПК-17

8. СОГЛАСНО ШТАТНОМУ РАСПИСАНИЮ НА ФАПЕ РАБОТАЮТ::

- 1) врач, фельдшер, акушерка;
- 2) фельдшер, акушерка, патронажная сестра;
- 3) врач, мед. сестра;
- 4) врач, акушерка;

Компетенции: ПК-17

9. ДЛЯ ПРИБЛИЖЕНИЯ СПЕЦ. МЕД. ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ИСПОЛЬЗУЮТ::

- 1) выездные бригады, которые создаются на базе ЦРБ и краевых (об);
- 2) санаторно-курортное лечение;
- 3) вызов больных в ЦРБ и краевые (областные) больницы на консуль;
- 4) вызов участковых врачей на дом;

Компетенции: ПК-17

10. НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МЕД. ПОМОЩЬ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ОКАЗЫВАЕТ::

- 1) врачебная амбулатория;
- 2) краевая (областная) больница;
- 3) ЦРБ;
- 4) ФАП;

Компетенции: ПК-4

11. ЧИСЛЕННОСТЬ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ НА СЕЛЬСКОМ ВРАЧЕБНОМ:

- 1) 3-5тыс.;
- 2) 5-7тыс.;
- 3) 9-10тыс.;
- 4) 1-2тыс.;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Женщина, проживающая в селе с численностью 824 чел., обратилась к своему начальнику с просьбой об освобождении от работы на 1 рабочий день. Т.к. ей необходимо возить 6-месячную внучку на проф. Прививку в ЦРБ. С учетом дороги до районного центра на это уйдет 1 день.

Вопрос 1: С какой численностью жителей в населенном пункте организуется ФАП?

Вопрос 2: Правильно ли информировала женщина по поводу учреждения, где можно провести проф. прививку ребенку?;

Вопрос 3: К какому этапу оказания медицинской помощи относится ФАП;

Компетенции: ПК-17

2. В краевую консультативную поликлинику обратился мужчина из села без предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов.

Вопрос 1: Правильно ли его действия? Обоснуйте.;

Вопрос 2: Расскажите о деятельности областной (краевой) консультативной поликлиники. Задачи.;

Вопрос 3: К какому уровню относится (областная) краевая больница.;

Вопрос 4: Какие учетные формы должны быть заполнены для записи (направления) пациента в Краевую клиническую больницу.;

Компетенции: ПК-17, ОПК-6

3. В районную поликлинику обратилась женщина по направлению из сельской участковой больницы для получения специализированной медицинской помощи.

Вопрос 1: Как Вы считаете, будет ли оказана медицинская помощь женщине? Обоснуйте.;

Вопрос 2: Состав ЦРБ. Задачи ЦРБ.;

Вопрос 3: На какой этап медицинского обслуживания будет отправлена данная женщина если в ЦРБ будет недостаточно ресурсов для диагностики или лечения.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17

4. Мужчину из деревни Х с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта родственники доставили в ЦРБ Инского района, где больному была оказана специализированная помощь. Через несколько дней после операции у больного состояние резко ухудшилось, необходимо оказание высококвалифицированной медицинской помощи.

Вопрос 1: Куда необходимо доставить больного для оказания ему высококвалифицированной специализированной медицинской помощи?;

Вопрос 2: Охарактеризуйте первый этап оказания лечебно-профилактической помощи сельскому населению.;

Вопрос 3: Охарактеризуйте второй этап оказания медицинской помощи сельскому населению.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17

5. Число койко-дней, фактически проведенных, больными в терапевтическом отделении ЦРБ соответствовало, в 2004 году 19800. Число среднегодовых коек 60. Число использованных больных 1320.

Вопрос 1: Рассчитайте среднегодовую занятость койки;

Вопрос 2: Рассчитайте оборот койки.;

Компетенции: ПК-17

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения. Политика в области охраны здоровья. Краткая история и развития и реформирования здравоохранения в России. Реализация национального проекта «Здоровье» в России.

2. Модели организации работы врачей общей практики.

3. Проанализируйте какие проблемы сельского здравоохранения решаются в Красноярском крае благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и краевой целевой программе «Сельское здравоохранение».

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdraz.ru/>)

Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю (<http://krasstat.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 10. Организация охраны материнства и детства. Организация акушерско-гинекологической помощи. (Компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-17, ПК-18, ОПК-6, ПК-1)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Состояние здоровья беременных женщин является залогом человеческого капитала страны. В связи с этим, охрана репродуктивного здоровья в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики России. Необходимость подобного решения продиктована неуклонными демографическими сдвигами народонаселения страны при значимом ухудшении здоровья россиян. Вызывает тревогу растущее число женщин с гинекологической и экстрагенитальной заболеваемостью, а также увеличение у них числа аутоиммунных нарушений, являющихся одной из основных причин привычного невынашивания беременности. Увеличивается женское бесплодие, в основе которого, как и во многих случаях материнской смертности, лежат аборт. Таким образом, проблема охраны репродуктивного здоровья населения, материнства и детства приобретает особую медико-социальную значимость. Это обусловлено тем, что сохранение репродуктивного здоровья населения обеспечивает рождение здоровых детей.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения, вопросы экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению., методику расчета показателей медицинской статистики., ведение типовой учетно- отчетной медицинской документации в медицинских организациях, **уметь** анализировать демографические показатели рождаемости., рассчитать и оценить показатели деятельности службы охраны материнства и детства., рассчитать показатели, характеризующие работу женской консультации., **владеть** методикой расчета и дать оценку показателей работы амбулаторно-поликлинических учреждений., методикой расчета и дать оценку показателей работы стационарных учреждений., методикой расчета стоимости медицинской услуги., технологией анализа качества жизни и человеческого капитала здоровья человека., методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. 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:

1. Полнота охвата беременности диспансерным наблюдением.
2. Процент женщин, поступивших под наблюдение консультации поздно (при сроке 7мес. и позже).
3. Среднее число посещений консультации до родов женщинами, родившими в отчётном году.
4. Среднее число посещений консультации после родов женщинами, родившими в отчётном году.
5. Процент беременных, у которых беременность закончилась родами.
7. Процент женщин, у которых беременность закончилась преждевременными родами.
8. Процент женщин, у которых беременность закончилась абортom.
9. Показатели, характеризующие точность определения срока родов.
10. Процент женщин, осмотренных терапевтом в сроки до 3 мес. беременности и процент женщин, осмотренных терапевтом дважды.
11. 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 смертность (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:

1. Обеспеченность врачебными кадрами (средними мед. работниками):

число штатных врачебных должностей x 10 000

общая численность детского населения

2. укомплектованность врачами (средними мед. работниками):

число занятых врачебных должностей x 100

число штатных врачебных должностей

3. участковость:

число посещений детьми участкового врача x 100

общее число посещений участковых врачей

4. 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

5. болезненность:

все зарегистрированные случаи x 1 000

численность населения в районе обслуживания

5. 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

6. 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. Пример на рисунках 3 и 4.

8. Вопросы по теме занятия

1. Этапность оказания профилактической и лечебной помощи в системе охраны материнства и детства.

Компетенции: ПК-17

2. Цель и задачи первого этапа оказания лечебно- профилактической помощи женщинам и детям.

Компетенции: ПК-17

3. Цель и задачи второго этапа оказания помощи женщинам и детям.

Компетенции: ПК-17

4. Основные задачи медицинских учреждений, оказывающих помощь на третьем этапе.

Компетенции: ПК-17

5. Четвертый этап в системе охраны материнства и детства, его цель.

Компетенции: ПК-17

6. Пятый этап в системе охраны материнства и детства, его цель.

Компетенции: ПК-17

7. Шестой этап в системе охраны материнства и детства, его цель.

Компетенции: ПК-17

8. Функции детской больницы.

Компетенции: ПК-17

9. Основные показатели эффективности деятельности родильного дома:

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-6

10. В каких случаях предусмотрена госпитализация в отделение патологии беременности?

Компетенции: ПК-17

11. В каких случаях предусмотрена госпитализация в наблюдательное отделение?

Компетенции: ПК-17

12. Ведущие ограничения жизнедеятельности у детей – инвалидов.

Компетенции: ПК-7

13. Распространенность детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья.

Компетенции: ПК-4

14. Структура причин детской инвалидности.

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОСНОВНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ВТОРОГО ЭТАПА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) женская консультация;
- 2) родильный дом;
- 3) школа будущих матерей;
- 4) консультация “Брак и семья”;

Компетенции: ПК-17

2. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ, РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ - ЭТО::

- 1) гармония психосексуальных отношений в семье;
- 2) состояние физического и психического благополучия в вопросах, касающихся репродуктивной семьи;
- 3) благополучие в вопросах воспроизводства потомства;
- 4) состояние полного физического, психического и социального благополучия в вопросах, касающихся репродуктивной семьи;

Компетенции: ПК-1

3. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ::

- 1) качество медицинской помощи женщинам и состояние их здоровья;
- 2) качество медицинской помощи женщинам и детям;
- 3) качество работы женских консультаций;
- 4) качество работы родильных домов;

Компетенции: ПК-4

4. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ-ЭТО::

- 1) смертность женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности;
- 2) смертность женщин во время родов;
- 3) смертность женщин во время родов и в течение 42-х дней после родов;
- 4) 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;

Компетенции: ПК-4

5. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ - ЭТО::

- 1) суммарная характеристика мертворождаемости, и смертности во время родов и на первой неделе жизни;
- 2) суммарная характеристика мертворождаемости и смертности во время родов;
- 3) суммарная характеристика смертности во время родов и на первой неделе жизни;
- 4) суммарная характеристика мертворождаемости и смертности во время родов и в первый месяц жизни;

Компетенции: ПК-4

6. НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ - ЭТО::

- 1) смертность на первом месяце жизни;
- 2) смертность в первые сутки жизни;
- 3) смертность на первой неделе жизни;
- 4) смертность в первый год жизни;

Компетенции: ПК-4

7. ПОД ТЕРМИНОМ “МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ” ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ:

- 1) смертность детей 1-ого месяца жизни;
- 2) смертность детей 1-ого года жизни;
- 3) смертность детей в 1-ю неделю жизни;
- 4) смертность детей в 1-е сутки после рождения;

Компетенции: ПК-4

8. СРЕДИ ПРИЧИН МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ ПАТОЛОГИЯ:

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) врожденные пороки развития;
- 3) родовые травмы;
- 4) болезни перинатального периода;

Компетенции: ПК-7

9. ВТОРЫМ ЭТАПОМ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) Помощь женщине вне беременности;
- 2) Интранатальная охрана плода;
- 3) Антенатальная охрана плода;
- 4) Охрана здоровья новорожденного;

Компетенции: ПК-7

10. ЧЕТВЕРТЫМ ЭТАПОМ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) Антенатальная охрана плода;
- 2) Интранатальная охрана плода;
- 3) Охрана здоровья новорожденного;
- 4) Помощь женщине вне беременности;

Компетенции: ПК-17

11. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ:

- 1) Здоровые;
- 2) Практически здоровые с наличием риска возникновения патологии;
- 3) Дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации;
- 4) Дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации;

Компетенции: ПК-1

12. В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОДИЛЬНОГО ДОМА ПОКАЗАНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СЛУЧАЕ:

- 1) если роды произошли вне лечебного учреждения;
- 2) при наличии экстрагенитального заболевания;
- 3) с отягощенным акушерским анамнезом;
- 4) при наличии гестоза;

Компетенции: ПК-4

13. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ.:

- 1) заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- 2) госпитализированная заболеваемость;
- 3) полнота охвата беременных диспансерным наблюдением;
- 4) летальность;

Компетенции: ПК-17

14. ПАТОЛОГИЯ ЗАНИМАЮЩАЯ ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ПРИЧИН МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ:

- 1) болезни органов дыхания;
- 2) врожденные пороки развития;
- 3) родовые травмы;
- 4) болезни перинатального периода;

Компетенции: ПК-4

15. РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ - ЭТО:

- 1) смертность на первой неделе жизни;
- 2) смертность в первый год жизни;
- 3) смертность в первый месяц жизни;
- 4) смертность в первые 28 дней жизни;

Компетенции: ПК-7

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В женской консультации за год было взято под наблюдение 916 беременных женщин, из них до 3 месяцев беременности – 623. Под наблюдение женской консультации в сроке 7 месяцев и позже поступило 15 женщин. Общее число, у которых беременность закончилась родами в районе деятельности женской консультации составило 954.

Вопрос 1: Рассчитайте показатели полноты охвата беременных диспансерным наблюдением;

Вопрос 2: Рассчитайте процент женщин поступивших под наблюдение своевременно;

Вопрос 3: Рассчитайте процент женщин, поступивших под наблюдение в поздние сроки.;

Вопрос 4: Охарактеризуйте показатели качества работы женской консультации.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18

2. В женской консультации за год зарегистрировано 800 женщин, у которых беременность закончилась родами, у 80 женщин беременность закончилась абортми и у 30 женщин беременность закончилась преждевременными родами.

Вопрос 1: Определите процент женщин у которых беременность закончилась абортми;

Вопрос 2: Определите процент женщин у которых беременность закончилась родами;

Вопрос 3: Определите процент женщин у которых беременность закончилась преждевременными родами.;

Вопрос 4: Какие мероприятия реализуются в женской консультации для снижения числа абортми.;

Компетенции: ПК-17, ПК-18

3. Число новорожденных осмотренных врачом-педиатром в первые три дня после выписки из родильного дома 5000, общее число новорожденных поступивших под наблюдение в детскую поликлинику 5500.

Вопрос 1: Рассчитать и оценить охват первым врачебным патронажем новорожденных.;

Вопрос 2: Как рассчитывается инфекционная заболеваемость среди детей;

Компетенции: ПК-1

4. Грудное вскармливание

Вопрос 1: Как рассчитывается удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до 3-мес., 6 мес., 1 года;

Вопрос 2: Как рассчитывается распределение детей по группам здоровья;

Компетенции: ПК-4

5. Число новорожденных осмотренных врачом-педиатром в первые три дня после выписки из родильного дома 5000, общее число новорожденных поступивших под наблюдение в детскую поликлинику 6000.

Вопрос 1: Рассчитать и оценить охват первым врачебным патронажем новорожденных;

Вопрос 2: Как рассчитывается распределение детей по группам здоровья;

Компетенции: ПК-17

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Разработать план мероприятий по улучшению медико-демографической ситуации в стране и крае.
2. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям
3. Социально-гигиенические проблемы здоровья женщин. Организация работы женской консультации и родильного дома, анализ деятельности, учетно-отчетная документация

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Пенсионный фонд РФ (<http://www.pfrf.ru/>)

Фонд социального страхования Красноярского края (http://fss.ru/ru/regional_office/in_territory/6459.shtml)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 11. Реформирование, информатизация и инновация в здравоохранении. (Компетенции: ПК-17, ОПК-5)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Принцип непрерывного повышения качества медицинской помощи требует внесения изменений нормативно-правового и организационного характера, на основе широкого обсуждения с медицинской общественностью.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, ведение типовой учетно- отчетной медицинской документации в медицинских организациях, системный подход к анализу медицинской информации, с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности., **уметь** анализировать демографические показатели рождаемости., давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности)., организовать профилактическую работу с целевыми группами населения., определять понятия общественное и индивидуальное здоровье и факторов на них влияющих., **владеть** методиками положительной мотивации к здравоохранительному поведению среди населения., методиками выбора для пациента между амбулаторным лечением, дневным стационаром, стационаром на дому и госпитализацией, а также направления запроса на телемедицинскую консультацию., методикой разработки мероприятий по управлению факторами влияющими на общественное здоровье.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Основные принципы здравоохранения РФ федерации заложены в:

Конституции Российской Федерации:

Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

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

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Статья 16. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

1. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:

- 1) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья;
- 2) разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения;
- 3) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного

медицинского страхования;

4) формирование структуры исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих установленные настоящей статьей полномочия в сфере охраны здоровья, и установление порядка их организации и деятельности;

5) организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной помощи исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации;

Глава 11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 50. Программы и мероприятия по модернизации здравоохранения
(в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)

1. В период 2011 - 2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также - программы) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия, предусмотренные пунктом 2 части 3 настоящей статьи (далее также - мероприятия по модернизации здравоохранения). В 2013 году осуществляется реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, в 2014 - 2018 годах осуществляется реализация мероприятий по модернизации здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий, предусмотренных частью 12.1 настоящей статьи. В 2013 - 2016 годах осуществляется реализация программ в целях, установленных пунктом 1 части 3 настоящей статьи, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров.

12.1. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обеспечивает создание и функционирование федерального центра обработки данных, а также создание временной площадки федерального центра обработки данных (в том числе обеспечение информационной безопасности, разработки и размещения на временной площадке федерального центра обработки данных основных централизованных общесистемных компонентов), создание, внедрение, развитие и функционирование федеральных прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в целях, установленных пунктом 2 части 3 настоящей статьи. Финансовое обеспечение предусмотренных настоящей частью мероприятий осуществляется путем направления из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет межбюджетных трансфертов для увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Основы развития здравоохранения указаны в:

Указ Президента РФ от 31.12.2015 N 683 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации"

Раздел

Здравоохранение

71. Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан. Стратегическими целями такой политики являются: увеличение продолжительности жизни, снижение уровня инвалидности и смертности населения, увеличение численности населения;

повышение доступности и качества медицинской помощи;

совершенствование вертикальной системы контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;

соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

72. Угрозами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются возникновение эпидемий и пандемий, массовое распространение таких заболеваний, как онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринологические, ВИЧ-инфекции, туберкулез, наркомания и алкоголизм, увеличение случаев травм и отравлений, доступность психоактивных и психотропных веществ для незаконного потребления.

73. Факторами, негативно влияющими на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан, являются

недостатки в реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан в части, касающейся обеспечения доступности медицинской помощи и реализации гарантий ее оказания населению, несовершенство действующей системы медицинского страхования, недостаточное финансирование системы высокотехнологичной медицинской помощи и низкий уровень квалификации медицинских работников, не полностью сформированная нормативно-правовая база в указанной сфере.

74. Цели государственной политики в сфере охраны здоровья граждан заключаются в профилактике заболеваний, предотвращении роста заболеваний, представляющих опасность для окружающих, повышении доступности для населения медицинской помощи, повышении эффективности и качества медицинских услуг, снижении уровня инвалидности, разработке и внедрении новых медицинских технологий и лекарственных средств. Для реализации государственной политики в этой сфере необходимо сформировать долговременную стратегию развития системы охраны здоровья граждан, усовершенствовать организационные основы здравоохранения и управления им, уточнить полномочия и ответственность в сфере охраны здоровья граждан федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, определить порядок взаимодействия органов управления здравоохранением, а также создать национальные научно-практические медицинские центры для профилактики и лечения социально значимых заболеваний.

75. В целях противодействия угрозам в сфере охраны здоровья граждан органы государственной власти и органы местного самоуправления во взаимодействии с институтами гражданского общества обеспечивают:

выполнение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, повышение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и завершение ее перехода на страховые принципы;

повышение эффективности нормативно-правового регулирования в области лицензирования медицинских услуг, контроль качества работы медицинских организаций, внедрение единых критериев оценки работы лечебно-профилактических учреждений на уровне субъектов Российской Федерации и муниципальных образований;

развитие профилактической медицины и первичной медико-санитарной помощи, внедрение новых организационных форм оказания медицинской помощи, в том числе в сельской местности и труднодоступных местностях;

повышение эффективности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, совершенствование организации медицинской эвакуации;

развитие службы охраны материнства и детства;

развитие паллиативной медицинской помощи, в том числе детям;

развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также создание основ персонализированной медицины;

ускоренное развитие фундаментальных и прикладных научных исследований в интересах здравоохранения, а также внедрение их результатов;

внедрение современных информационных и коммуникационных технологий;

создание условий для развития фармацевтической отрасли, преодоления ее сырьевой и технологической зависимости от зарубежных поставщиков, а также доступность качественных, эффективных и безопасных лекарственных средств;

развитие системы мониторинга биологической обстановки на территории Российской Федерации;

развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;

подготовку специалистов в сфере охраны здоровья граждан в достаточном количестве, повышение качества такой подготовки, а также создание системы непрерывного медицинского образования;

возрождение традиций милосердия;

широкое внедрение инструментов государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья граждан;

повышение конкурентоспособности российского здравоохранения на мировом рынке.

Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Подпрограммы Программы

подпрограмма 1 "Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи";

подпрограмма 2 "Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации";

подпрограмма 3 "Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины";

подпрограмма 4 "Охрана здоровья матери и ребенка";

подпрограмма 5 "Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям";

подпрограмма 6 "Оказание паллиативной помощи, в том числе детям";

подпрограмма 7 "Кадровое обеспечение системы здравоохранения";

подпрограмма 8 "Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья";

подпрограмма 9 "Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья";

подпрограмма Б "Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан";

подпрограмма Г "Управление развитием отрасли"

Цель Программы

обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки

Задачи Программы

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;
- повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении;
- повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
- медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

Целевые индикаторы и показатели Программы

показатель 1 "Смертность от всех причин (на 1000 населения)";

показатель 2 "Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)";

показатель 3 "Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)";

показатель 4 "Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)";

показатель 5 "Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)";

показатель 6 "Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)";

показатель 7 "Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)";

показатель 8 "Распространенность потребления табака среди взрослого населения";

показатель 9 "Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)"; показатель 10 "Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)";

показатель 11 "Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача";

показатель 12 "Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации";

показатель 13 "Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации";

показатель 14 "Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации";

показатель 15 "Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации";

показатель 16 "Ожидаемая продолжительность жизни при рождении"

Этапы и сроки реализации Программы

2013 - 2020 годы, в том числе:

I этап - 2013 - 2015 годы;

II этап - 2016 - 2020 годы

Ожидаемые результаты реализации Программы

- снижение смертности от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения;
- снижение младенческой смертности до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 622,4 случая на 100 тыс. населения;

- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 190 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от туберкулеза до 11,2 случая на 100 тыс. населения;
- снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10 литров на душу населения в год;
- снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения до 26 процентов;
- снижение числа зарегистрированных больных с диагнозом активный туберкулез, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения) до 61,6 случая на 100 тыс. населения;
- обеспеченность врачами составит 40,2 человека на 10 тыс. населения;
- количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, составит 3 человека;
- повышение отношения средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 200 процентов;
- повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
- повышение отношения средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
- повышение отношения средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации до 100 процентов;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 года.

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

Статья 91. Информационные системы в сфере здравоохранения

 КонсультантПлюс: примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011 N 364 утверждена Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

-
1. В информационных системах в сфере здравоохранения осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой ими медицинской деятельности (далее - информационные системы) на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности.
 2. Операторами информационных систем являются уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, уполномоченные органы государственной власти субъектов Российской Федерации, организации, назначенные указанными органами, а также органы управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части, касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования.

 КонсультантПлюс: примечание.

Приказом ФФОМС от 07.04.2011 N 79 утверждены Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

-
3. Порядок ведения информационных систем, в том числе порядок и сроки представления в них первичных данных о медицинской деятельности, устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 92. Ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности

1. Персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности (далее - персонифицированный учет) - обработка персональных данных о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг, и о лицах, которым оказываются медицинские услуги.
2. В целях осуществления персонифицированного учета операторы информационных систем, указанные в части 2 статьи 91 настоящего Федерального закона, получают информацию от органов и организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и иных организаций в рамках информационного взаимодействия

в соответствии с настоящим Федеральным законом.

КонсультантПлюс: примечание.

По вопросу, касающемуся порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, см. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 N 29н.

3. Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. Сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг, и о лицах, которым оказываются медицинские услуги, относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 93. Сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг

В целях ведения персонифицированного учета осуществляется обработка следующих персональных данных о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
 - 2) пол;
 - 3) дата рождения;
 - 4) место рождения;
 - 5) гражданство;
 - 6) данные документа, удостоверяющего личность;
 - 7) место жительства;
 - 8) место регистрации;
 - 9) дата регистрации;
 - 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
 - 11) сведения об образовании, в том числе данные об образовательных организациях и о документах об образовании и (или) о квалификации;
- (в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ)
- 12) наименование организации, оказывающей медицинские услуги;
 - 13) занимаемая должность в организации, оказывающей медицинские услуги.

Статья 94. Сведения о лицах, которым оказываются медицинские услуги

В системе персонифицированного учета осуществляется обработка следующих персональных данных о лицах, которым оказываются медицинские услуги:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;
- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
- 12) анамнез;
- 13) диагноз;
- 14) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- 15) вид оказанной медицинской помощи;
- 16) условия оказания медицинской помощи;
- 17) сроки оказания медицинской помощи;
- 18) объем оказанной медицинской помощи;
- 19) результат обращения за медицинской помощью;
- 20) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- 21) сведения об оказанных медицинских услугах;
- 22) примененные стандарты медицинской помощи;
- 23) сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу.

3.5. Развитие инновационной среды и содействие созданию системы трансфера разработок в медицинской промышленности.

- создание на территории России базы исследовательских лабораторий, осуществляющих НИОКР и опытное производство с последующим трансфером в серийное производство;
- определение видов медицинских изделий, производство которых должно быть организовано на территории Российской Федерации, и содействие созданию в этих сферах российских компаний полного цикла, построенных на основе современных мировых стандартов; при этом концентрируется внимание на правообладании технологиями;
- содействие консолидационным процессам на рынке, позволяющим увеличить масштабы и капитализацию российских компаний, выступающих реципиентами новых разработок;
- развитие государственной инновационной инфраструктуры (в частности центров коллективного пользования, центров трансфера технологий) и обеспечение доступа к ней предприятий медицинской промышленности;
- стимулирование создания малых и средних технологических компаний, стартапов, в том числе ориентированных на удовлетворение спроса крупных российских и иностранных компаний;
- реализация форсайт-исследований, привлечение данных от технологических платформ и формирование на их основе приоритетов технологического развития в области медицины;
- разработка стратегических программ исследований по предметным областям технологий в области медицинских изделий при участии профильных технологических платформ, крупнейших иностранных компаний;
- увязка планов исследований государственных академий наук, стратегических планов госкорпораций и компаний с государственным участием со стратегическими программами исследований;
- обеспечение государственной поддержки развития инжиниринга и проектной деятельности, в том числе путем поддержки проектов по созданию инжиниринговых центров, центров дизайна, сертификационных центров, содействие предприятиям в проведении технологического аудита;
- развитие механизмов венчурного финансирования, в том числе за счет создания специализированных фондов, в области финансирования проектов в медицинской промышленности;
- осуществление исчерпывающего технологического аудита отраслевых НИИ и КБ с госучастием и на его основании принимать решения о перспективах развития отдельных технологий в России;
- создание научных кластеров (технопарки, центры высоких технологий) на технологической и научной базе существующих научно-исследовательских предприятий и вузов, объединенных общей тематикой, направлением, с целью организации и проведения НИР, НИОКР, практического обучения специалистов в области медицинской промышленности;
- создание условий для появления высокотехнологичных компаний малого и среднего бизнеса, занятых на рынке медицинских изделий.

8. Вопросы по теме занятия

1. В каких нормативно-правовых актах заложены основные принципы здравоохранения в РФ.

Компетенции: ПК-17

2. Какие приоритеты развития здравоохранения указаны в Указе Президента РФ от 31.12.2015 N 683 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации".

Компетенции: ПК-17

3. Какие подпрограммы сформулированы в Постановлении Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Компетенции: ПК-17

4. Какие цели и задачи заложены в государственной программе Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Компетенции: ПК-17

5. Какие цели индикаторы заложены в государственной программе Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Компетенции: ПК-17

6. О чем говорится в статье 91 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-17

7. Какие положения Пункта 35 Приказа Минпромторга России от 31.01.2013 N 118 "Об утверждении Стратегии развития медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года" "Развитие инновационной среды и содействие созданию системы трансфера разработок в медицинской промышленности" наиболее важны для развития инновационных разработок в РФ и Красноярском крае.

Компетенции: ПК-17

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ГАРАНТИРУЕТ ГРАЖДАНАМ РФ::

- 1) Конституция РФ;
- 2) Закон о защите прав потребителей;
- 3) Семейный кодекс РФ;
- 4) Уголовный кодекс РФ;

Компетенции: ПК-17

2. СОГЛАСНО КОНСТИТУЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФИНАНСИРУЮТСЯ МЕРЫ ПО РАЗВИТИЮ::

- 1) Государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- 2) Государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения;
- 3) Государственной системы здравоохранения;
- 4) Государственной, муниципальной, частной и телемедицинской систем здравоохранения;

Компетенции: ПК-17

3. К ПОЛНОМОЧИЯМ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) Разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения;
- 2) Сокращение сроков лечения в стационарах;
- 3) Разработка Территориальных программ гарантированной бесплатной медицинской помощи;
- 4) Внесение изменений в Конституцию РФ;

Компетенции: ПК-17

4. В УКАЗЕ ПРЕЗИДЕНТА РФ ОТ 31.12.2015 N 683 «О СТРАТЕГИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»:

- 1) Нет самостоятельного раздела посвященного развитию здравоохранения;
- 2) Есть отдельный раздел посвященный развитию здравоохранения;
- 3) в данном указе есть только разделы о оборонной промышленности в том числе о военной медицине;
- 4) В данном указе нет упоминания о главных задачах развития здравоохранения;

Компетенции: ПК-17

5. ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 15.04.2014 N 294 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»; СОДЕРЖИТ ПОДПРОГРАММУ::

- 1) Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям;
- 2) Права инвалидов;
- 3) Импорто замещение медицинских изделий;
- 4) Космическая медицина;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. При подготовке программы реформирования системы стационарного обслуживания регионального здравоохранения начальнику отдела стратегического планирования поручено рассмотреть возможные аналогии с опытом развитых стран.

Вопрос 1: Каким образом можно понизить уровень госпитализаций.;

Вопрос 2: Какие существуют основные подходы к ускорению выписки из стационара.;

Вопрос 3: Что позволяет достигнуть внедрение стационарозамещающей помощи;

Вопрос 4: Какие варианты экономии гостиничных услуг применяются в России.;

Вопрос 5: Какие преимущества дневного стационара, кроме экономии гостиничных услуг;

Компетенции: ПК-17, ОПК-5

2. В поликлинике №2 города X, в информационную базу персональных данных о пациенте, добавили графу о доходах пациента не имея их добровольного информированного согласия.

Вопрос 1: Каким документом регламентируется ведение персонифицированного учета в системе здравоохранения;

Вопрос 2: Каков перечень данных персональных данных о лицах, которым оказываются медицинские услуги указан в этом документе.;

Вопрос 3: Есть ли нарушения данного закона со стороны поликлиники №2;

Вопрос 4: В чем заключаются эти нарушения;

Компетенции: ПК-17, ОПК-5

3. В информационную базу о оказываемых медицинских услугах были введены данные о семейном положении медицинских работников.

Вопрос 1: Каким документом регламентируется ведение персонифицированного учета в системе здравоохранения.;

Вопрос 2: Каков перечень данных персональных данных о лицах, которым участвуют в оказании медицинских

услуг указан в этом документе;

Вопрос 3: Есть ли нарушения данного закона при формировании данной базы;

Вопрос 4: В чем суть нарушения;

Компетенции: ПК-17, ОПК-5

4. В ЦРБ г. Ачинска поступило оборудование для телеконсультирования врачей со сложными случаями пациентов. Главным врачом была поставлена задача внедрение электронного документа оборота и медицинской информационной системы.

Вопрос 1: Какое программное обеспечение и посредством какой связи будет оказываться телеконсультирование;

Вопрос 2: Кому должен поручить это задание главный врач и что даст внедрение МИС больнице;

Компетенции: ПК-17

5. При подготовке программы реформирования системы стационарного обслуживания регионального здравоохранения начальнику отдела стратегического планирования поручено рассмотреть возможные аналогии с опытом развитых стран.

Вопрос 1: Каким образом можно понизить уровень госпитализаций;

Вопрос 2: Какие существуют основные подходы к ускорению выписки из стационара;

Вопрос 3: Что позволяет достигнуть внедрение стационарозамещающей помощи;

Вопрос 4: Какие преимущества дневного стационара, кроме экономии гостиничных услуг;

Компетенции: ПК-17

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения. Политика в области охраны здоровья. Краткая история и развития и реформирования здравоохранения в России. Реализация национального проекта «Здоровье» в России.

2. Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения. Политика в области охраны здоровья. Краткая история и развития и реформирования здравоохранения в России. Реализация проекта Модернизация здравоохранения.

3. Обеспечение реформ здравоохранения в РФ нормативно-правовой поддержкой

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Портал Гражданского общества Красноярского края (<http://gokr.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 12. ВОЗ, Зарубежное здравоохранение. (Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-5)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Информированность оказания медицинской помощи в различных странах мира. Роль ВОЗ.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., системный подход к анализу медицинской информации, с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности., **уметь** оценить качество оказания медицинских услуг., охарактеризовать достоинства и недостатки основных методов финансирования медицинских организаций., **владеть** технологией анализа качества жизни и человеческого капитала здоровья человека.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Понятие о мировых моделях здравоохранения.

3 мировые модели здравоохранения.

Модель здравоохранения- это отражение основных черт, главных характеристик, сложившихся в этой отрасли.

Наличие той или иной модели определяется следующими обстоятельствами:

1. Общим уровнем социально экономического развития
2. Социальной политикой, проводимой государством в отношении охраны здоровья населения
3. Историческими и национальными традициями

Традиционно выделяют 3 первичные модели здравоохранения:

1. Модель основана преимущественно на медицинском страховании (модель Бисмарка) Впервые она была предложена в Германии в 1883 году.
2. Модель, основанная преимущественно на общем бюджетном источнике, или государственная (модель Бевериджа). Возникла в Великобритании в 1946 году
3. Модель, основанная на частном (добровольном) медицинском страховании или непосредственной оплате медпомощи. Наиболее полное развитие получила в США.

Страховая модель здравоохранения

Главным источником финансирования медицинского обслуживания в этой группе стран является социальное страхование. Законодательным путем вводится всеобщая обязательная программа страхования здоровья. Собранные средства аккумулируются в предусмотренные законом органы управления средствами, выполняющие роль посредника между плательщиками и поставщиками услуг- страховые фонды, страховые кассы. Управлением фондами занимаются представители застрахованных. Большинство стран имеют юридически оформленный пакет видов медицинских услуг (ОМС). Данная модель критикуется по критерию адекватности и справедливости при обеспечении доступности услуг. Несмотря на то что страхование обязательное, оно не имеет всеобщего охвата. С точки зрения макроэкономической эффективности модель является дорогостоящей, это определяется следующими причинами:

1. Необходимость значительной бюрократизации, высокие административные расходы, особенно на обработку финансовых расходов.
2. Конкуренция, ведущая к увеличению неоправданного использования и предоставления услуг, необходимость увеличения расходов на маркетинг.
3. Стремление со стороны врача к повышению доходов, ведущее к увеличению предоставления пациенту ненужных ему и более дорогих услуг, что ведет к увеличению взноса в ОМС.

Модель Бисмарка

Данная модель характеризуется сложностью управления, планирования и координации деятельности здравоохранения в связи с особенностями ее организации. Фонды социального страхования жестко регламентируются правительством, что ограничивает традиционную автономию.

Нестабильность политики здравоохранения связана с:

1. Значительное количество субъектов здравоохранения, что усложняет принятие решений.
2. Фонды имеют неопределенный правовой и политический статус
3. Положение государства также не определено, одновременно является субъектом политики и ее регулировщиком

Государственная модель здравоохранения

В данной модели основным источником финансирования являются государственные налоги, которые аккумулируются в бюджетах различного уровня. Финансирование контролируется парламентом. Управление и финансирование учреждений, предоставляющих услуги, контролируются правительством, они находятся в собственности государства. Несмотря на всеобщую доступность услуг, характерны очереди при их получении.

Характерно приоритетное финансирование стационарной помощи, при низком уровне развития первичной медицинской помощи.

Оплата медицинских работников осуществляется по тарифу или в форме подушевого гонорара. Характерна высокая макроэкономическая эффективность, которая объясняется экономичным использованием ресурсов, низкой оплатой труда профессиональных работников здравоохранения и низкими административными расходами. Модель характеризуется невозможностью для пациента выбора врача и медицинского учреждения, усилением государственного патернализма и монополии.

Частная модель здравоохранения

Данная модель основывается на добровольном медицинском страховании и непосредственной оплате медицинской помощи потребителем. При данной модели помощь не является всеобъемлющей и предоставляется только платежеспособным потребителям. Это подрывает принцип социальной справедливости и подрывает социальную стабильность.

Основная характеристика модели- обеспечение полной свободы взаимодействия между страховщиками и потребителями при определении набора предоставляемых услуг. Существует конкуренция между страховщиками, которая сфокусирована на привлечение клиентуры. Отсутствуют очереди на медицинское обслуживание, гарантируется непосредственная доступность помощи специалистов. Поставщикам услуг предоставляется высокая степень автономии.

Модель Семашко Н.А.

Централизованная модель получила свое развитие в СССР и странах социалистического лагеря. Особенности системы:

1. Финансирование из государственного бюджета
2. Функции контроля- у государства через жесткую централизованную систему планирования
3. Всеобщий свободный доступ к услугам здравоохранения
4. Медицинские работники, являются работниками по найму и получают фиксированную заработную плату
5. Частный сектор отсутствует
6. Здравоохранение имеет низкий приоритет, так как рассматривается как непроизводственный сектор.

Здравоохранение в США

Для здравоохранения США характерно преобладание частно-предпринимательской системы с элементами государственной и страховой медицины. В США действует децентрализованная система здравоохранения.

Формально управление здравоохранением в США осуществляет департамент здравоохранения и социальных служб, но функции его весьма ограничены.

В его состав входит служба общественного здравоохранения. Она занимается вопросами организации медицинской помощи (амбулаторной и стационарной) только некоторым группам населения: ветеранам войны, морякам торгового флота, личному составу вооруженных сил, государственным служащим, американским индейцам.

В каждом штате имеется собственный департамент здравоохранения. Его функции сводятся, в основном, к вопросам санитарно-противоэпидемической защиты.

Частнопредпринимательская система – это преимущественно платная система, которая финансируется из личных средств населения, а медицинское обслуживание предоставляется преимущественно на платной основе. Медицинскую помощь населению, как правило, оказывают частнопрактикующие врачи, которые получают плату за это непосредственно от больного или через страховую организацию.

В США распространена система групповой практики. Чаще всего в составе групповой практики действуют 5-7 врачей одной или нескольких специальностей.

В США не существует единой национальной системы медицинского страхования.

Государственные программы сводятся к обеспечению престарелых, инвалидов и некоторых групп бедных.

Частные и государственные программы по медицинскому страхованию отличаются друг от друга количеством и качеством предоставляемых льгот; разными источниками финансирования и обеспечивают различные по величине денежные выплаты медицинским работникам и учреждениям здравоохранения.

74% населения имеют частную медицинскую страховку, остальные имеют государственную страховку, или не имеют никакой страховки.

Лица, не имеющие медицинской страховки, получают медицинскую помощь в государственных больницах и клиниках, через программы по здравоохранению, финансирующихся из средств благотворительности. Но количество услуг значительно меньше и организация обслуживания хуже.

В США существует более 1000 частных страховых медицинских компаний. Наиболее крупными из них являются «Голубой крест» и «Голубой щит». Регулированием деятельности страховых компаний занимаются комиссии по страхованию отдельных штатов.

Подавляющее большинство страховок не предполагает оплату медицинских счетов, вызванных теми заболеваниями, которые были диагностированы до подписания страхового контракта.

Страховка от конкретной болезни распространяется на расходы, связанные с лечением только тех заболеваний, которые оговорены в контракте.

Для снижения сумм единовременных затрат, население покупает полисы частного медицинского страхования, затрачивая на это в среднем свыше 10% чистого дохода семьи. Объем и качество медицинской помощи определяется теми денежными средствами, которые больной может израсходовать.

Зависимость объема медицинской помощи от размеров взноса, т.е. от платежеспособности человека, отличает частное страхование от социального.

Основные государственные программы:

1.Медикэйр – это единая общегосударственная программа медицинской помощи для престарелых и потерявших трудоспособность людей. Право на пользование этой программой имеют лица, достигшие 65 лет и получающие пособие по социальному обеспечению, и имеющие стаж работы от 5 до 10 лет, в зависимости от характера работы.

Получать льготы по этой программе могут также лица моложе 65 лет, получавшие в течение как минимум 2-х лет пособие по нетрудоспособности по программе социального обеспечения, а также люди, проработавшие определенное число лет на правительственной работе.

Лица старше 65 лет, не имеющие право на Медикэйр могут купить эту страховку, выплачивая ежемесячно небольшие суммы.

Медикэйд – государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10% населения, субсидируется федеральными правительствами, но регулируется законами штатов.

Семья имеет право на получение льгот по этой программе, если ее доходы ниже уровня, установленного каждым штатом, но только при условии, что кто-то из семьи одновременно является либо людьми пожилого возраста, либо слепыми, либо беременными, либо нетрудоспособными или имеющими детей.

Поэтому около 60% населения, живущих ниже официального уровня бедности, не охвачены программой.

Организация медицинской помощи

1. Внебольничная медицинская помощь почти полностью оказывается врачами общей практики, которые работают по контракту с местными органами управления.

Большинство врачей сотрудничают с больницами, которые предоставляют им доступ к оборудованию и средствам обслуживания, заключив с ними договор.

2. Стационарная медицинская помощь. Стационарную медпомощь население США получает в больницах, которые по принадлежности делятся на две основные группы:

- 1) федеральные, которые принадлежат центральным правительственным или иным федеральным ведомствам,
- 2) нефедеральные, которые принадлежат администрациям штатов, городским муниципалитетам, благотворительным организациям, церкви, частным владельцам.

В зависимости от формы собственности выделяют несколько типов местных больниц:

1. Частные прибыльные больницы – это частные предприятия, принадлежащие акционерам. Доходы такой больницы полностью подлежат обложению налогом. Эти больницы стремятся оказать лишь самые доходные виды услуг, таким образом, отказывая в очень необходимых, но дорогостоящих видах помощи.
2. Частные бесприбыльные больницы обычно контролируются и управляются религиозными организациями или группами, созданными местной общественностью. Эти больницы считаются благотворительными организациями, поэтому они освобождены от налогов на собственность. Чистый доход больницы должен использоваться для благотворительных целей, как правило, он реинвестируется в саму больницу.
3. Государственные больницы предоставляют помощь любому пациенту независимо от его платежеспособности. Они осуществляют дорогостоящие мероприятия по обеспечению работы травмпунктов для жертв насилия и центров помощи.

Здравоохранение в Германии:

Система здравоохранения Германии работает, как все немецкие механизмы — точно и с максимальной отдачей. И это не удивительно, ведь её принципы социального равенства и доступности медицинской помощи были ещё заложены «железным канцлером» — Отто фон Бисмарком. Система имела достаточно времени для совершенствования и эволюции в одну из самых лучших систем здравоохранения в мире.

В основе системы здравоохранения Германии лежит главный принцип — принцип солидарности. Медицинская помощь должна быть доступной для всех слоев населения, вне зависимости от их материального положения, при этом финансироваться она должна за счет страховых взносов. Казалось бы необходимо совместить не совместимое, но в итоге длительной эволюции всей системы немцы нашли золотую середину. Бремя страховых взносов (порядка 15% от заработка) делится пополам между работником и работодателем, а тем, кто не работает, страховой полис полностью покрывает государство.

Имея полис той или иной страховой компании, так называемой больничной кассы (**Krankenkasse**), пациент может получить амбулаторную или стационарную медицинскую помощь. Также существует спасательная служба (**Rechtungsdienst**), которая призвана помочь в случаях требующих неотложного вмешательства.

К амбулаторной медицинской помощи прежде всего относятся частные кабинеты (**Praxis**), также иногда осуществляется амбулаторный прием при больницах. Частный кабинет может открыть любой врач имеющий специализацию (**Facharzt**). Примерно 45% от всех врачей работают именно в частных кабинетах. Количество таких кабинетов ограничено квотой на тот или иной город или поселок.

Семейным врачам принадлежат больше половины всех частных кабинетов. Как правило, семейный врач является первым врачом, к которому приходит больной, и, если доктор не может самостоятельно помочь пациенту, он дает направление к специалисту. Врач-специалист может работать как один, так и в группе с другими врачами (таких 25%) образуя таким образом уже целые медицинские центры. В одном частном кабинете также могут работать врачи смежных специальностей, например, ортопед и терапевт или хирург и гинеколог, но никак не офтальмолог и гинеколог. Примерно 5% всех частнопрактикующих врачей имеют право лечить своих больных в стационарах (**Belegarzt**). Так, например, врач-хирург может проводить мелкие хирургические вмешательства у себя в кабинете, а вот тяжелые вмешательства тот же врач вправе выполнять только в больнице. После чего доктор посещает данных больных один-два раза в день, а врачи работающие при больнице наблюдают за этими больными в остальное время.

Врач в частном кабинете является и работником (как врач), и менеджером (как владелец этого кабинета), и предпринимателем (продающим те или иные медицинские услуги населению). Частные кабинеты, в основном, устроены стандартно, имеют несколько смотровых комнат, комнату ожидания и ресепшн, где милые девушки-секретари записывают больных. В зависимости от направления кабинеты оборудуются современной медицинской техникой (от цифровых кардиографов до ультрасовременных томографов), не только помогающие врачу в работе, но и выступающие весомым аргументом при выборе врача. Кабинеты могут находиться где угодно, начиная от жилых домов до последнего ноу-хау на бензозаправке.

Больниц в Германии свыше двух тысяч. Все клиники можно разделить на три категории:

- государственные (54%)
- частные (8%)
- благотворительные (38%)

Последние обычно мало чем отличаются по организации от частных клиник. Главное отличие — это источник финансирования. Качество услуг во всех типах клиник примерно одинаковое, а главное — пациент имеет право самостоятельно выбрать клинику для лечения, абсолютно не привязываясь к региону проживания. Клиники могут быть как узкоспециализированные, так и широкопрофильные. Объединяет их всех одно — обустроены они по последнему слову техники и, как правило, со свежим ремонтом.

Клиники могут оказать более технологическую медпомощь, чем частные кабинеты. Если клиника хирургического профиля, то обычно в ней есть минимум три операционных зала, компьютерный томограф, рентген-установка и конечно же узи-аппараты. Операции требующий длительного наркоза или дальнейшего наблюдения в реанимации всегда проводятся в клиниках.

Особым статусом обладают университетские клиники, которые являются не только центром оказания высокотехнологической помощи, но так же имеют огромный научно-исследовательский потенциал. Именно в таких клиниках разрабатываются новейшие методики лечения, дающие надежду больным. Некоторые университетские клиники настолько огромны, что они образуют целые медицинские кампусы, в помещении этих клиник есть даже улицы, с почтами, ресторанами, парикмахерскими и магазинами.

Независимо от земли и формы собственности, клиники Германии очень схожи между собой. Расположение шкафов с медикаментами, постов медсестер, устройство операционных и планировка палат в Германии стандартизирована. Конечно же разница присутствует, но она незначительная. Некоторые клиники стараются привлечь новых пациентов красивым дизайном или изысканной кухней. В таких клиниках иногда возникает сомнение, находишься ты в больнице или отеле класса люкс.

Что же касается персонала, то в больницах, в отличии от частных кабинетов, работают в основном врачи без специализации (**Assistenzarzt**), но под руководством опытных и узкоспециализированных врачей.

И работа наемным врачом в больнице, и «предпринимательство» в частном кабинете имеет свои плюсы и минусы. Работая на себя, врач является сам себе начальником, не имеет ночных дежурств и как правило свободен на выходных. Заработок такого врача зависит от того, как его любят пациенты, но как правило, он выше, чем у врачей, которые работают при клиниках.

В больнице же врач не думает о начислении зарплаты своим сотрудникам и занимается исключительно медицинской работой. Но над этими врачами всегда есть старшие врачи, которые указывают вам как, где и что нужно делать. Помимо этого доктор не имеет стабильного графика работы и, чаще всего, 1- 2 раза в неделю у него есть ночное дежурство.

Большую часть срочной помощи оказывают частнопрактикующие врачи в своих кабинетах. В выходные дни и вечернее время существуют дежурные врачебные кабинеты по всем направлениям. Пациенту необходимо позвонить на единый дежурный номер в его городе, где ему скажут адрес ближайшего дежурного врача. В ночное же время больной отправляется за помощью в больницу.

Если больной находится в крайне тяжелом состоянии или в силу каких то причин не может самостоятельно передвигаться — то неотложную помощь оказывает спасательная служба, но нужно отметить, что это должен быть действительно случай, угрожающий жизни. На простой вызов с высокой температурой карета скорой помощи попросту откажется приезжать и порекомендует выпить чего-нибудь жаропонижающего и отправиться в ближайший частный кабинет.

Девизом скорой помощи в Германии я бы назвал следующую фразу — если вы можете добраться сами до врачебного кабинета или больницы, вы не имеете права вызвать скорую.

На большинстве машин скорой помощи (**Krankswagen**) работают так называемые медицинские спасатели (**Rechtungssanittäter**), что соответствует нашему фельдшеру. Если случай тяжелый, то дополнительно на легковом авто приезжает врач (**Notarzt**), который оказывает первую помощь и решает вопрос о дальнейшей госпитализации. Машины скорой помощи являются не чем иным, как миниреанимациями на колесах. В каждой машине есть дефибриллятор и набор для интубации. Существуют также и узкоспециализированные автомобили, например, передвижной минитомограф, который используют в качестве сверххранной диагностики инсульта у больных, таким образом экономя время для выбора правильной тактики лечения.

Неотложная помощь в Германии оказывается абсолютно всем вне зависимости от наличия медицинской страховки (например, нелегалы), но по выздоровлению будет выслан счет на очень неприятную сумму. То же касается алкогольных отравлений — помощь, конечно, будет оказана, но перепившему бедолаге еще долго придется расплачиваться за свои слабости.

В системе здравоохранения Германии работает каждый десятый житель страны, что уже говорит о высоком престиже этой отрасли. Врачами могут стать только действительно лучшие из лучших, что обусловлено высокой конкуренцией и глубоким отбором кандидатов. Поэтому и зарплаты врачей в Германии всегда находятся в верхних позициях рейтинга оплаты труда.

Здравоохранение в Финляндии

Медицинские услуги для граждан и постоянно проживающих в Финляндии практически бесплатны. Почти все затраты на лечение компенсируются из государственного бюджета. Инсулин и другие лекарства, необходимые при хронических заболеваниях, а также для лечения тяжелобольных на дому, бесплатны для граждан Финляндии. Медицина в стране является доказательной, то есть применяются только те методы лечения (и диагностики),

эффективность которых научно доказана. На 2012 год в Финляндии работало 25 тысяч лицензированных врачей. Выдачей лицензий в области здравоохранения занимается ведомство при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения — «Valvira», по оценкам которой в стране ощущается дефицит медицинского персонала (в том числе — рентгенологов). Ежегодно ~ 200 иностранных специалистов пытаются получить лицензию на работу в Финляндии (большая часть из них — россияне), но всего лишь 40 человек доводят процесс до конца и получают право на работу.

Магнитный и рентгеновский томографы имеются в каждой районной больнице (примерно один томограф на каждые 20 тысяч жителей). Число рентгенологов составляет ~ 600 человек, а число рентгенологических исследований ~ 4 млн в год.

С 1960-х годов в стране действует понятие прав пациента, по которому скрыть диагноз от пациента в Финляндии невозможно и даже преступно; в то же время у пациента есть и право не знать о своём диагнозе, о чём он должен уведомить врача.

В соответствии с инструкциями, в срочных случаях «Скорая помощь» в Финляндии должна доезжать до пациента не более, чем за 8 минут, хотя на практике отмечается увеличение этого отрезка времени. С 2013 года за работу службы «Скорой помощи» будут отвечать не муниципалитеты, а медицинские округа. Также в декабре 2012 года министерская рабочая группа по социальной политике и политике здравоохранения выступила с новыми предложениями, согласно которым муниципалитеты с численностью жителей меньше 20 тысяч человек, должны будут организовывать услуги по здравоохранению в сотрудничестве с другими муниципалитетами. Ряд северных муниципалитетов привлекает дипломированных специалистов высокими зарплатами. Постановлением министерства, с июня 2015 года будут закрыты родильные отделения тех муниципальных больниц, где фиксируется менее 1 тысячи родов в год. Осенью 2012 года проходила широкая общественная дискуссия в связи с инициативой партийных делегатов Коалиционной партии Финляндии сделать первый день больничного листа неоплачиваемым, а в две первые недели снизить компенсации до 80 % от зарплаты. С января 2013 года рецепты в столичном регионе выписываются врачами только в электронной форме. Также рецепты могут выписываться на основании видеообщения врача с пациентом.

Идёт строительство и реконструкция лечебных заведений: в Хельсинки к 2017 году появится новая детская больница, бюджет строительства которой оценивается в 160 млн евро, а к 2019 году в районе Тёёлё на месте старой будет построена новая травматологическая больница (при больнице в Тёёлё будет построен также новый раковый центр).

8. Вопросы по теме занятия

1. Система здравоохранения Германии.

Компетенции: ПК-17

2. Система здравоохранения в США.

Компетенции: ПК-17

3. Какие выделяют группы ключевых политических стратегий?

Компетенции: ПК-17

4. Система здравоохранения развивающихся стран.

Компетенции: ПК-17

5. Какие системы здравоохранения наиболее эффективны согласно рейтинга ВОЗ.

Компетенции: ОПК-5

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. К ЧИСЛУ СТРАН С ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) Россия;
- 2) Канада;
- 3) Великобритания;
- 4) США;

Компетенции: ПК-4

2. ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ МЕД. ПОМОЩЬ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) семейный врач;
- 2) врач общей практики;
- 3) врач, обслуживающий различные слои населения;
- 4) фельдшер;

Компетенции: ПК-17

3. В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАЗМЕРОВ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УЧИТЫВАЮТСЯ::

- 1) доходы медицинских учреждений;
- 2) общественный статус врача;
- 3) Желаемая заработная плата;
- 4) Объем ВВП;

Компетенции: ПК-17

4. ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ:

- 1) Частная;
- 2) Государственная;
- 3) Смешанная;
- 4) Все ответы верны;

Компетенции: ПК-18

5. СКОЛЬКО ВЫДЕЛЯЮТ ГРУПП КЛЮЧЕВЫХ ПОЛИТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ:

- 1) 3;
- 2) 4;
- 3) 5;
- 4) 6;

Компетенции: ПК-4

6. ВИДЫ МЕД. СТРАХОВАНИЯ СУЩЕСТВУЮЩИЕ В ГЕРМАНИИ::

- 1) больничное мед. страхование;
- 2) страхование по труду;
- 3) частное больничное страхование;
- 4) пенсионное страхование;

Компетенции: ПК-17

7. В ЯПОНИИ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ ОХВАЧЕНО::

- 1) Все население;
- 2) Большая часть населения;
- 3) Меньшая часть населения;
- 4) Половина населения;

Компетенции: ПК-17

8. ВЕДУЩЕЙ ФОРМОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В США ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) медицинское страхование;
- 2) частная система организации медицинской помощи;
- 3) государственная система организации медицинской помощи;
- 4) все вышеперечисленное верно;

Компетенции: ПК-17

9. ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕД. ПОМОЩЬ В США РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ::

- 1) на все население;
- 2) на государственных служащих;
- 3) на социально защищенные слои населения;
- 4) на туристов;

Компетенции: ПК-17

10. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАН:

- 1) избыточное финансирование;
- 2) высокий уровень потребления медицинских услуг;
- 3) недостаточная обеспеченность коечным фондом и врачами;
- 4) высокий уровень потребления высокоспециализированной помощи;

Компетенции: ПК-4

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. При подготовке программы развития регионального здравоохранения начальнику отдела стратегического планирования поручено рассмотреть возможные аналогии с опытом развитых стран.

Вопрос 1: Какие основные способы решения проблем ограниченности ресурсов используют в развитых странах.;

Вопрос 2: Расскажите о механизмах участия пациентов в покрытии расходов.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-5

2. При подготовке программы реформирования системы ПМСР регионального здравоохранения начальнику отдела стратегического планирования поручено рассмотреть возможные аналогии с опытом развитых стран.

Вопрос 1: Какая главная задача ПМСП;

Вопрос 2: В чем заключается смысл межсекторального подхода к политике здравоохранения в области ПМСП;

Вопрос 3: Достаточно ли участия только общины для повышения уровня здоровья;

Вопрос 4: Нужно ли перераспределение ресурсов для повышения эффективности ПМСП;

Вопрос 5: Какой вид деятельности ПМСП в РФ определен приоритетным.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-5

3. Охарактеризуйте систему здравоохранения Великобритании.

Вопрос 1: Какие принципы заложены в систему здравоохранения Великобритании.;

Вопрос 2: Какие проблемы отмечаются в системе здравоохранения Великобритании.;

Вопрос 3: Какие специалисты составляют основу здравоохранения Великобритании.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-5

4. В 1990-е годы РФ столкнулась с проблемами, которые испытывает ряд развивающихся стран.

Вопрос 1: Основные проблемы здравоохранения развивающихся стран.;

Вопрос 2: Как строится система управления здравоохранением в развивающихся странах.;

Вопрос 3: Как строится система здравоохранения в развивающихся странах.;

Компетенции: ПК-4, ПК-17, ПК-18, ОПК-5

5. В 1990 году в России был осуществлен переход к бюджетно-страховой системе.

Вопрос 1: В чем основные причины. Каковы особенности системы здравоохранения Семашко.;

Вопрос 2: В каких странах существует система здравоохранения с преобладанием бюджетного источника финансирования здравоохранения;

Вопрос 3: Как функционирует система здравоохранения Великобритании;

Компетенции: ПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Сравнительная характеристика здравоохранения в США и Великобритании.

2. Создание идеальной модели здравоохранения.

3. Частные системы здравоохранения

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/ru/>)

1. Тема № 13. Профилактика. (Компетенции: ПК-4, ПК-17, ОПК-6, ПК-1, ПК-2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Перед здравоохранением стоит первостепенная задача – сохранить и укрепить здоровье нации. Для этого необходимо знание современных подходов к профилактике.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, организационную структуру, типы оказания медицинской помощи, показатели работы медицинских учреждений и их подразделений., ведение типовой учетно- отчетной медицинской документации в медицинских организациях, **уметь** организовать профилактическую работу с целевыми группами населения., **владеть** методиками положительной мотивации к здоровьесберегающему поведению среди населения.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Определение термина "профилактика".

Согласно статьи 2. "Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе" 323-ФЗ.

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

В главе 2 (323-ФЗ) "Основные принципы охраны здоровья" статья 12 определяет приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Основные виды профилактики по отношению к населению.

В основе укрепления здоровья лежит профилактика заболеваний, а система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения, называется медицинской профилактикой.

Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и общественной. Индивидуальная профилактика — это проведение профилактических мероприятий с отдельными индивидуумами, групповая — с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска, общественная профилактика охватывает большие группы населения, общество в целом.

Кроме того, **различают** примордиальную, первичную, вторичную и третичную профилактику (восстановление здоровья).

Определение и характеристику понятий: примордиальная профилактика, первичная профилактика, вторичная профилактика. Определить роль первичной профилактики в формировании здорового образа жизни

Примордиальная профилактика

— совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни.

Первичная профилактика — это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

Первичная профилактика включает в себя различные компоненты:

- принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга; формирование здорового образа жизни; меры по предупреждению развития

соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, дорожно-транспортного травматизма, инвалидизации, а также смертности;

- выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения уровня факторов риска; проведение иммунопрофилактики различных групп населения; оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Таким образом, одним из важнейших компонентов первичной профилактики является формирование здорового образа жизни.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Вторичная профилактика включает в себя: целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний; проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий; проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения; проведение медико-психологической адаптации к изменившейся ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма; проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности адаптации к социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например, производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений, создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т. д.).

Диспансеризация. Цели и задачи диспансеризации. Роль отделения профилактики в ее осуществлении.

Под диспансеризацией всего населения понимается метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения как здоровых, так и больных; широкое проведение комплексов социальных, санитарно-гигиенических, профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий. Диспансеризация здорового населения имеет своей целью сохранить здоровье и обеспечить надлежащее физическое и умственное развитие, оградить его от болезней и инвалидности. Диспансеризация больных обеспечивает раннее выявление заболеваний, систематическое и активное наблюдение за больными, оказание им всесторонней лечебной помощи, планомерное оздоровление их и окружающей среды, преследуя конечную цель – снижение заболеваемости, инвалидности и сохранение трудоспособности.

Цели диспансеризации: сохранение и укрепление здоровья населения, повышение работоспособности и производительности труда работающих, увеличение активного долголетия людей.

Основные задачи диспансеризации: изучение и устранения причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний; активное выявление и лечение начальных форм заболеваний; предупреждение рецидивов, обострений и осложнений уже имеющихся заболеваний.

В диспансеризации участвуют все лечебно-профилактические, санитарно-профилактические учреждения и врачи всех специальностей. При этом ведущая роль принадлежит территориальным поликлиникам, ВОП и медико-санитарным частям на промышленных предприятиях. Центральной фигурой, главным лицом в организации диспансерного обслуживания в территориальной поликлинике является участковый врач-терапевт, в МСЧ – цеховой врач. Они координируют всю деятельность по диспансеризации и сосредотачивают у себя информацию об обслуживаемом населении.

Основными задачами отделения профилактики являются: организационное обеспечение диспансеризации всего населения в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами; организация и проведение предварительных и периодических осмотров; раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска; контроль и учет ежегодной диспансеризации всего населения; подготовка и передача врачам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дообследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий; санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни (борьба с курением, алкоголизмом, избыточным питанием, гиподинамией и др.).

Для осуществления этих задач отделение профилактики совместно с другими отделениями и кабинетами составляет планы и графики ежегодных диспансерных осмотров всего населения и контролирует их выполнение; организует и проводит доврачебный опрос с заполнением анамнестической карты; проводит осмотр населения и

необходимые функциональные исследования; ведет учет лиц, прошедших осмотр, рассылает приглашения с просьбой посетить врача в установленный срок с указанием даты и времени приема, контролирует явку на осмотр, а также проведение других мероприятий по ежегодной диспансеризации всего населения.

ПАСПОРТ

подпрограммы 1 "Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи" государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Цели подпрограммы

- увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами;
- повышение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I - II стадиях заболевания;
- повышение доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии;
- снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
- снижение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией;
- снижение уровня смертности населения за счет профилактики развития депрессивных состояний и суицидального поведения

Задачи подпрограммы

- развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска;
 - реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях своевременного выявления заболеваний;
 - сохранение на спорадическом уровне распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется посредством иммунизации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок (дифтерия, эпидемический паротит, острый вирусный гепатит В, краснуха);
 - раннее выявление лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, острыми вирусными гепатитами В и С;
- обеспечение поддержания статуса Российской Федерации как страны, свободной от полиомиелита, и подтверждение статуса Российской Федерации как страны, свободной от кори;
- обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания

Целевые индикаторы и показатели подпрограммы

- показатель 1.1 "Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей";
- показатель 1.2 "Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты";
- показатель 1.3 "Охват диспансеризацией взрослого населения";
- показатель 1.4 "Потребление овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля)";
- показатель 1.5 "Потребление фруктов и ягод в среднем на потребителя в год";
- показатель 1.6 "Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II стадиях";
- показатель 1.7 "Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез";
- показатель 1.8 "Заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения)";
- показатель 1.9 "Заболеваемость корью (на 1 млн. населения)";
- показатель 1.10 "Заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения)";
- показатель 1.11 "Заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения)";
- показатель 1.12 "Заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения)";
- показатель 1.13 "Охват иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки";
- показатель 1.14 "Охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки";
- показатель 1.15 "Охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки";
- показатель 1.16 "Охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки";
- показатель 1.17 "Охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки";
- показатель 1.18 "Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных";

показатель 1.19 "Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года";
показатель 1.20 "Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года";
показатель 1.21 "Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов)";
показатель 1.22 "Удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также для трансплантации органов и (или) тканей (от числа лиц, включенных в Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей)";
показатель 1.23 "Смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения)"

Этапы и сроки реализации подпрограммы

-

2013 - 2020 годы, в том числе:

I этап - 2013 - 2015 годы;

II этап - 2016 - 2020 годы.

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы

- увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей до 95 процентов;
- сохранение охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в стационарных учреждениях здравоохранения;
- образования и социальной защиты на уровне не менее 97 процентов;
- увеличение охвата диспансеризацией взрослого населения до 23 процентов;
- увеличение потребления овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля) до 121 килограмма;
- увеличение потребления фруктов и ягод в среднем на потребителя в год до 82 килограммов;
- увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II стадиях до 56,7 процента;
- увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 72,5 процента;
- сохранение заболеваемости дифтерией на уровне 0,01 случая на 100 тыс. населения;
- снижение заболеваемости корью до уровня менее 1 случая в год на 1 млн. населения;
- сохранение заболеваемости краснухой на уровне менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;
- сохранение заболеваемости эпидемическим паротитом на уровне менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;
- снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом В до 0,83 случая на 100 тыс. населения;
- сохранение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки на уровне не менее 95 процентов;
- сохранение охвата иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки на уровне не менее 95 процентов;
- сохранение охвата иммунизацией населения против кори в декретированные сроки на уровне не менее 95 процентов;
- сохранение охвата иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки на уровне не менее 95 процентов;
- сохранение охвата иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки на уровне не менее 95 процентов;
- увеличение доли лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных до 75,2 процента;
- снижение доли больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, до 23,34 процента;
- снижение доли больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, до 26,82 процента;
- увеличение доли удовлетворенности потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов) до 98 процентов;
- увеличение доли удовлетворенности спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также для трансплантации органов и (или) тканей (от числа лиц, включенных в Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной,

кровенворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей) до 98 процентов;

- снижение смертности от самоубийств до 16 случаев на 100 тыс. населения.

Приказ Минздрава России от 30.09.2015 N 683н

"Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях"

В соответствии с частью 4 статьи 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446; 2013, N 27, ст. 3459, 3477; N 30, ст. 4038; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6951; 2014, N 23, ст. 2930; N 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; N 43, ст. 5798; N 49, ст. 6927, 6928; 2015, N 1, ст. 72, 85; N 10, ст. 1403, 1425; N 14, ст. 2018; N 27, ст. 3951; N 29, ст. 4339, 4356, 4359, 4397) приказываю:

1. Утвердить Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях согласно приложению.

2. Исключить:

приложения N 1, 5, 9 из приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. N 597н "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 сентября 2009 г., регистрационный N 14871), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 8 июня 2010 г. N 430н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2010 г., регистрационный N 17754), от 19 апреля 2011 г. N 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2011 г., регистрационный N 20656), от 26 сентября 2011 г. N 1074н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 ноября 2011 г., регистрационный N 22330);

приложения N 7, 24 - 27 из Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный N 24726), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. N 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный N 37921).

Министр

В.И.СКВОРЦОВА

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 30 сентября 2015 г. N 683н

ПОРЯДОК

ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ

ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ

ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний, а также проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (далее - медицинские организации).

2. Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни .

Часть 2 статьи 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) (далее - Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ).

3. Формирование здорового образа жизни у граждан, в том числе несовершеннолетних, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан (законных представителей лиц, указанных в части 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ) о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом .

Часть 3 статьи 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ.

4. Профилактика неинфекционных заболеваний обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, в том числе программ снижения распространенности основных факторов риска их развития, а также профилактики потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, включая раннее выявление риска пагубного потребления алкоголя, и риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, мероприятий по коррекции выявленных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, а также диспансерного наблюдения за гражданами, имеющими хронические неинфекционные заболевания или высокий риск их развития.

5. Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у граждан, в том числе несовершеннолетних, включают комплекс следующих мероприятий:

1) проведение мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационных мероприятий по ведению здорового образа жизни, профилактике неинфекционных заболеваний и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) выявление нарушений основных условий ведения здорового образа жизни, факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, и риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определение степени их выраженности и опасности для здоровья;

Приложение N 2 к Порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. N 36ан (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный N 36268).

3) оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) факторов риска развития неинфекционных заболеваний, профилактике осложнений неинфекционных заболеваний, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам, в том числе специализированных медицинских организаций, направление граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя, риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача к врачу-психиатру-наркологу специализированной медицинской организации или иной медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь;

4) проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров ;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. N 36ан "Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный N 36268), приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный N 26511), приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный N 27961), приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный N 27964), приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. N 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 мая 2013 г., регистрационный N 28454).

5) проведение диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями, а также за гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний .

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072), приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1348н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный N 27909).

6. Медицинская помощь по выявлению и коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний, раннему выявлению неинфекционных заболеваний и диспансерному наблюдению по поводу неинфекционных заболеваний оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов

медицинской помощи.

7. Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни в медицинских организациях осуществляются в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, включая первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения.

8. Медицинская помощь по профилактике неинфекционных заболеваний оказывается в следующих условиях:

1) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

2) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

3) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

9. В рамках оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием по направлению медицинских работников или при самостоятельном обращении гражданина.

10. Фельдшер (медицинская сестра) фельдшерско-акушерского пункта и фельдшерского здравпункта при осуществлении профилактики неинфекционных заболеваний и проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни:

1) осуществляет выявление и коррекцию основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, направляет при наличии медицинских показаний к врачу-специалисту, оказывающему первичную врачебную медико-санитарную помощь, в отделение (кабинет) медицинской профилактики, центр здоровья, кабинет медицинской помощи по прекращению потребления табака;

2) участвует в организации и проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

3) участвует в организации и проведении диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями и гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний;

4) осуществляет разработку и реализацию мероприятий по информированию и мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни, включая мероприятия по профилактике пагубного потребления алкоголя и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

5) осуществляет информирование граждан о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях.

11. В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми по направлению медицинских работников или при самостоятельном обращении гражданина.

12. Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-педиатр, врач-педиатр участковый) при осуществлении профилактики неинфекционных заболеваний и проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни:

1) осуществляет выявление и коррекцию основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, в том числе в форме краткого профилактического консультирования, своевременную диагностику неинфекционных заболеваний, направляет при необходимости в отделение (кабинет) медицинской профилактики, центр здоровья, кабинет медицинской помощи при отказе от потребления табака, фельдшерский здравпункт и фельдшерско-акушерский пункт, а также к врачам-специалистам по профилю выявленного заболевания (состояния) и фактора риска;

2) организует и участвует в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

3) организует и проводит диспансерное наблюдение за больными неинфекционными заболеваниями, осуществляет направление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний под диспансерное наблюдение медицинских работников отделения (кабинета) медицинской профилактики, центра здоровья, специализированных медицинских организаций, фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, ведет учет прохождения гражданами диспансерных осмотров у других врачей-специалистов;

4) принимает участие в разработке и реализации мероприятий по информированию и мотивированию граждан, в том числе несовершеннолетних, к ведению здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний, снижению риска пагубного потребления алкоголя и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

5) осуществляет информирование граждан о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях.

13. В рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются врачами-специалистами по профилю оказываемой медицинской помощи по направлению медицинских работников или при самостоятельном обращении

гражданина, а также в процессе диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями.

14. В рамках оказания специализированной медицинской помощи врачи-специалисты осуществляют профилактику неинфекционных заболеваний по профилю медицинской организации (ее структурного подразделения), а также информируют о ведении здорового образа жизни и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний. При необходимости для этой цели гражданин направляется к врачу по медицинской профилактике медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

15. В рамках санаторно-курортного лечения врачи-специалисты санаторно-курортных организаций выявляют основные факторы риска развития неинфекционных заболеваний и осуществляют их коррекцию, в том числе в форме индивидуального углубленного профилактического консультирования или группового профилактического консультирования, осуществляют профилактику неинфекционных заболеваний по профилю санаторно-курортной организации и информирование о ведении здорового образа жизни.

16. Организация профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются медицинскими организациями и их структурными подразделениями в соответствии с приложениями N 1 - 9 к настоящему Порядку.

проведение профилактической работы в поликлинике и ее результаты.

Профилактическое направление в работе поликлиники играет важную роль, оно выражено в проведении профилактических осмотров и диспансеризации больных, раннем выявлении заболеваний, противоэпидемической и санитарно-просветительной работе.

Для характеристики организации профилактической работы поликлиники основным показателем является полнота охвата населения профилактическими осмотрами – по данным таблицы 2500 отчетной формы №31 – для детей и подростков-школьников; по данным таблицы 2510 отчетной формы № 30 – для учащихся средних специальных заведений и вузов, учащихся системы профтехобразования, работающих подростков, а также для лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам (отдельно для работников промышленных и сельскохозяйственных предприятий). Данный показатель вычисляется по отдельным группам населения, подлежащим осмотру. Размер показателя должен стремиться к 100%.

В случаях изменения контингента лиц, периодически осматриваемых в течение года, необходимо внести изменения в план. Показатель не может быть выше 100%.

Обязательно оценивается охват профилактическими осмотрами на туберкулез. Этот показатель можно рассчитать отдельно по флюорографическим исследованиям и туберкулиновым пробам.

Показатели результатов осмотров рассчитываются отдельно для всех контингентов, представленных в таблице 2500 формы № 31 (дети и подростки-школьники до 17 лет включительно, дети до 14 лет, перед поступлением в детское дошкольное учреждение, за год до поступления

в школу, перед поступлением в школу, в конце первого года обучения, при переходе к предметному обучению (4-5 классы), в возрасте 15 лет включительно, перед окончанием школы (16-17 лет включительно)), переданные под наблюдение поликлиники для взрослых), по всем видам нарушений (с понижением остроты слуха и зрения, с дефектом речи, со сколиозом, с нарушением осанки).

К показателям качества диспансерного наблюдения относятся:

- Охват диспансерным наблюдением впервые выявленных больных по нозологическим формам;
- Полнота охвата диспансерным наблюдением больных;
- Соблюдение сроков диспансерных осмотров (плановость наблюдения);
- Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (экспертная оценка).

Под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной

цели диспансеризации, конечных результатов.

Оценку эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по следующим группам:

I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни;

II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства;

III группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечении в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания после лечения которых наступает выздоровление);

IV группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях, состоящие на диспансерном учете по хроническому заболеванию;

V группа – граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Методика определения показателей эффективности диспансеризации хронических больных следующая:

- определяют удельный вес больных, снятых с диспансерного учета по заболеванию;
- рассчитывают заболеваемость с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях на 100 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением) по конкретным нозологическим формам, по поводу которых больные взяты под диспансерное наблюдение;
- полученный показатель сравнить с показателем за предыдущий год (или за несколько лет). Эффективность диспансеризации подтверждается снижением величины показателя.

Оценивают также:

- Показатель первичной инвалидности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением за год (на 1000 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением);
- Удельный вес больных, состояние здоровья которых улучшилось в течение года (%);
- Смертность лиц, находящихся на диспансерном учете (на 1000 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением);
- Уровень госпитализации лиц, состоящих под диспансерным наблюдением больных.

Анализ диспансерного наблюдения инвалидов Великой Отечественной войны, воинов-интернационалистов и участников Великой Отечественной войны проводится по следующим показателям (форма № 30, таблица 2600):

Охват комплексными медосмотрами, %;

Структура по группам инвалидности (I, II, III группы) лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, %;

Удовлетворение потребности в стационарном лечении (от общего числа нуждающихся в стационарном лечении), %;

Удовлетворение потребности в санаторно-курортном лечении, %;

Смертность лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, %

8. Вопросы по теме занятия

1. Дать определения понятию "профилактика"

Компетенции: ПК-1

2. Группы диспансерного наблюдения. Их динамическое наблюдение

Компетенции: ПК-2

3. Что такое диспансеризация? Цели и задачи диспансеризации. Роль отделения профилактики в ее осуществлении

Компетенции: ПК-2

4. Дать характеристику отделению профилактики, его структуре

Компетенции: ПК-1

5. Определить роль первичной профилактики в формировании здорового образа жизни

Компетенции: ПК-1

6. Назвать основные виды профилактики по отношению к населению

Компетенции: ПК-1

7. Охарактеризуйте показатели здоровья населения которые характеризуют эффективность профилактической работы.

Компетенции: ПК-1

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПУТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ ДОРОГОСТОЯЩИМ И САМЫМ ПРАКТИЧНЫМ?:

- 1) здоровый образ жизни;
- 2) приобретение лекарств;
- 3) изменение места жительства;
- 4) услуги народных целителей;

Компетенции: ПК-1

2. ЗАДАЧИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ.:

- 1) спасение жизни больного;
- 2) борьба с факторами риска возникновения заболевания;
- 3) трудовая адаптация больного в коллективе;
- 4) профилактика рецидивов болезни;

Компетенции: ПК-1

3. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА - ЭТО.:

- 1) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных,

социальных, возрастных, профессиональных и иных групп;

2) совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни.;

3) комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию б-х в общ;

4) комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и проф-ого статуса;

Компетенции: ПК-1

4. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – ЭТО::

1) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индиви;

2) совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни.;

3) комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию б-х в общ;

4) комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и проф-ого статуса;

Компетенции: ПК-1

5. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – ЭТО::

1) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индиви;

2) совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни.;

3) комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию б-х в общ;

4) комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и проф-ого статуса;

Компетенции: ПК-1

6. ВЕЛИЧИНА ПОКАЗАТЕЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ЗАВИСИТ ОТ::

1) качества лечебной работы ЛПУ;

2) уровня обращаемости населения за мед. помощью в ЛПУ;

3) качества профилактической работы ЛПУ (проведение проф. осмотров населения);

4) количества врачей работающих в стационарах;

Компетенции: ПК-1

7. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ ДАЕТ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЕ СВЕДЕНИЯ::

1) о больничной летальности;

2) о заболеваемости с ВУТ;

3) об общей заболеваемости;

Компетенции: ПК-2

8. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) мероприятия по предупреждению осложнений болезни;

2) предупреждение возникновения заболеваний;

3) улучшение социально-экономических условий;

4) предупреждение влияния факторов риска;

Компетенции: ПК-1

9. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) предупреждение дальнейшего развития болезни;

2) предупреждение возникновения заболеваний;

3) предупреждение влияния факторов риска;

4) улучшение социально-экономических условий;

Компетенции: ПК-1

10. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения;
- 2) самообеспечение граждан в случае утраты здоровья;
- 3) платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов;
- 4) расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. При проведении диспансеризации пациент не имеющих хронического заболевания, но со стажем курения 10 лет по 20 сигарет ежедневно был отнесен к I группе здоровья.

Вопрос 1: Каким документом регламентируются критерии распределения по группам здоровья;

Вопрос 2: Сколько групп здоровья определены данным приказом;

Вопрос 3: Правильно ли определена группа здоровья для данного пациента;

Вопрос 4: К какой группе здоровья должен быть отнесен данный пациент;

Компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-17, ОПК-6

2. При проведении диспансеризации пациент с хроническим гастритом в начальной стадии развития заболевания, был отнесен во ко второй группе здоровья.

Вопрос 1: Каким документом регламентируются критерии распределения по группам здоровья.;

Вопрос 2: Сколько групп здоровья определены данным приказом;

Вопрос 3: Правильно ли определена группа здоровья для данного пациента;

Вопрос 4: К какой группе здоровья должен быть отнесен данный пациент;

Компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-17, ОПК-6

3. При проведении диспансеризации пациент с ИБС в начальной стадии развития заболевания, был отнесен во ко второй группе здоровья.

Вопрос 1: Каким документом регламентируются критерии распределения по группам здоровья.;

Вопрос 2: Сколько групп здоровья определены данным приказом;

Вопрос 3: Правильно ли определена группа здоровья для данного пациента;

Вопрос 4: К какой группе здоровья должен быть отнесен данный пациент;

Компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-17, ОПК-6

4. В отделении медицинской профилактики поликлиники общее число профилактических посещений составило 104878; посещения с целью формирования паспорта здоровья при дополнительной диспансеризации - 3250; посещения с целью проведения скрининг осмотра с измерением АД - 1340; посещения с целью индивидуальных профилактических консультаций - 2800; посещения с целью групповых профилактических консультаций - 120

Вопрос 1: Дайте определение первичной профилактики;

Вопрос 2: Что такое вторичная профилактика.;

Вопрос 3: Определите удельный вес профилактических посещений;

Вопрос 4: Определите удельный вес посещений с целью формирования паспорта здоровья.;

Вопрос 5: Определите удельный вес посещений с целью групповых профилактических консультаций;

Компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-17, ОПК-6

5. Деятельность городской поликлиники по профилактической работе представлена следующим образом: - общее число профилактических посещений - 283455; - посещения с целью медицинских осмотров - 15300; - посещения с целью диспансеризации - 10200; - посещения с целью вакцинирования - 5800.

Вопрос 1: Что включает в себя первичная профилактика.;

Вопрос 2: Что такое диспансеризация населения;

Вопрос 3: Определите удельный вес посещений с целью медицинских осмотров.;

Вопрос 4: Определите удельный вес с целью диспансеризации.;

Вопрос 5: Определите удельный вес посещений с целью вакцинирования;

Компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-17, ОПК-6

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Профилактика болезней системы кровообращения
2. Организация «Школ здоровья» как эффективный метод профилактической работы
3. Укрепление здоровья населения современные проблемы профилактики. Определение понятия. Роль профилактики в современном здравоохранении. Основные виды профилактики. Применение принципов профилактики в работе практического врача-терапевта. Критерии эффективности профилактической деятельности.
4. Критерии эффективности профилактической деятельности.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Пенсионный фонд РФ (<http://www.pfrf.ru/>)

Фонд социального страхования Красноярского края (http://fss.ru/ru/regional_office/in_territory/6459.shtml)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 14. Организация медицинского страхования в РФ. (Компетенции: ПК-17, ОПК-3, ОПК-5)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Качество и доступность медицинской помощи определяется системой социальных гарантий действующих в стране. В Российской Федерации основным направлением соблюдения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь является обязательное медицинское страхование.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** определение понятий: страховая медицина и страхование здоровья, медицинское страхование, страховой случай, объект медицинского страхования, страховой риск, лицензирование и аккредитация, **уметь** регулировать потоки пациентов и выбирать вариант обслуживания в зависимости от их статуса как объекта страховой медицины., **владеть** технологиями принятия решения о возможности оказания бесплатных услуг в рамках федеральной и региональных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Согласно Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

- 1) обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;
- 2) объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- 3) страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- 4) страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;
- 5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;
- 6) страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
- 7) застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 8) базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;
- 9) территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);
- 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) застрахованные лица;
 - 2) страхователи;
 - 3) Федеральный фонд.
2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) территориальные фонды;
 - 2) страховые медицинские организации;
 - 3) медицинские организации.

Статья 10. Застрахованные лица

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

(в ред. Федерального закона от 28.12.2013 N 390-ФЗ)

- 1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

(в ред. Федерального закона от 03.12.2011 N 379-ФЗ)

- 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

(в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)

- 3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

- 4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

- 5) неработающие граждане:

- а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

- б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

- в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

(пп. "в" в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ)

- г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

- ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах "а" - "е" настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Статья 11. Страхователи

1. Страхователями для работающих граждан, указанных в пунктах 1 - 4 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются:

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

- а) организации;
- б) индивидуальные предприниматели;
- в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

(в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

(в ред. Федерального закона от 14.06.2011 N 136-ФЗ)

Статья 12. Страховщик

1. Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

КонсультантПлюс: примечание.

В течение переходного периода на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя создаются территориальные фонды обязательного медицинского страхования (часть седьмая статьи 11 Федерального конституционного закона от 21.03.2014 N 6-ФКЗ).

Статья 13. Территориальные фонды

1. Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

2. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом.

3. Территориальные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Для реализации полномочий, установленных настоящим Федеральным законом, территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Статья 14. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - страховая медицинская организация), - страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее - договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

(в ред. Федерального закона от 23.07.2013 N 251-ФЗ)

2. В состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления страховой медицинской организации не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, Федерального фонда и территориальных фондов, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

3. Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность.

КонсультантПлюс: примечание.

До вступления в силу нормативных актов Банка России применяются нормативные правовые акты Правительства РФ и нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти РФ (часть первая статьи 49 Федерального закона от 23.07.2013 N 251-ФЗ).

4. Страховые медицинские организации ведут раздельный учет доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных нормативными актами Банка России, и Федерального фонда, в пределах своей компетенции.

(часть 4 в ред. Федерального закона от 23.07.2013 N 251-ФЗ)

5. Страховые медицинские организации ведут раздельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

6. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее - целевые средства). Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2014 N 418-ФЗ)

7. Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (далее - договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

8. Страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями этих договоров.

9. Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования, размещают на собственных официальных сайтах в сети "Интернет", публикуют в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом. Страховые медицинские организации в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

10. Страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр страховых медицинских организаций), на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Страховая медицинская организация исключается из реестра страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ей территориальным фондом, не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

(в ред. Федерального закона от 03.07.2016 N 286-ФЗ)

11. В случае, если на территориях субъектов Российской Федерации отсутствуют страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, их полномочия осуществляются территориальным фондом до дня начала осуществления деятельности страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций.

Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования

1. Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций), в соответствии с

настоящим Федеральным законом:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

2. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети "Интернет".

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

3. Реестр медицинских организаций содержит наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, размещается в обязательном порядке на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно публиковаться иными способами.

4. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

5. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

6. Медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

7. Медицинские организации, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящиеся за пределами территории Российской Федерации, вправе оказывать виды медицинской помощи застрахованным лицам, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую

медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья; (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья; (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли; (в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

(часть 3 в ред. Федерального закона от 03.07.2016 N 286-ФЗ)

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.

(часть 4 в ред. Федерального закона от 03.07.2016 N 286-ФЗ)

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не

обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.
(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

7. Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:

- 1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;
- 2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;
- 3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

1. Медицинские организации имеют право:

- 1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
- 2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

2. Медицинские организации обязаны:

- 1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- 6) размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
- 7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

7.1) использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

(п. 7.1 введен Федеральным законом от 30.12.2015 N 432-ФЗ)

8) выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Глава 7. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

3. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования. Указанные в настоящей части нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

4. Страхование обеспечения в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

КонсультантПлюс: примечание.

О финансовом обеспечении скорой медицинской помощи см. часть 5 статьи 51 данного документа.

6. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях:

(в ред. Федерального закона от 01.12.2014 N 418-ФЗ)

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;

20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

7. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

8. Правительство Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным

программам обязательного медицинского страхования.

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. Указанные в настоящей части значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

3. Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях, указанных в части 3 настоящей статьи, осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

5. В случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

6. Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

7. Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

8. При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций,

представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

10. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис обязательного медицинского страхования, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи данным застрахованным лицам за пределами территории этого субъекта Российской Федерации.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

11. Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда.

12. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети "Интернет" утвержденные территориальные программы обязательного медицинского страхования в срок не позднее 14 календарных дней со дня их утверждения.

(часть 12 введена Федеральным законом от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется в том числе с учетом условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования обеспечивает внесение изменений в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе в соответствии с указанным в настоящей части соглашением.

(часть 13 введена Федеральным законом от 01.12.2014 N 418-ФЗ; в ред. Федерального закона от 14.12.2015 N 374-ФЗ)

Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 28.06.2016) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"

II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом

3. В соответствии с частью 1 статьи 16 Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования <*> на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами <*>. (в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> Далее - территориальный фонд.

<*> Часть 4 статьи 16 Федерального закона.

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем <*> (далее - законные представители).

<*> Часть 3 статьи 16 Федерального закона.

6. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации) с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое содержит следующие сведения:

(в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

1) о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии) (далее - СНИЛС);

(в ред. Приказов Минздрава России от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н)

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального закона;

(абзац введен Приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

2) о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом (при подаче заявления в страховую медицинскую организацию);

(в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

3.1) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию);

(пп. 3.1 введен Приказом Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

4) о полисе обязательного медицинского страхования (далее - полис) (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина, отказ от получения полиса).

6.1. При подаче заявления с указанием формы полиса - электронный в составе универсальной электронной карты - застрахованному лицу необходимо не позднее 5 рабочих дней после подачи заявления в страховую медицинскую организацию подать заявление о выдаче универсальной электронной карты в уполномоченную организацию субъекта Российской Федерации, определенную для обеспечения выпуска, выдачи и обслуживания универсальных электронных карт (далее - уполномоченная организация субъекта Российской Федерации).

Выдача изготовленной универсальной электронной карты осуществляется в уполномоченной организации субъекта Российской Федерации.

В случае если в течение 5 рабочих дней с даты подачи заявления сведения о подаче застрахованным лицом заявления о выдаче универсальной электронной карты не поступят из уполномоченной организации субъекта Российской Федерации в территориальный фонд, то застрахованному лицу будет изготовлен полис обязательного медицинского страхования в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис). Выдача изготовленного бумажного полиса осуществляется в страховой медицинской организации или иной организации, в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.

(п. 6.1 введен Приказом Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

6.2. Обращение застрахованного лица в иные организации с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации осуществляется исключительно в случае выбора страховой медицинской организации, в которой он был застрахован ранее. В данном случае временное свидетельство, предусмотренное пунктом 34 настоящих Правил, не выдается.

(п. 6.2 введен Приказом Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

7. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается (направляется) непосредственно в страховую медицинскую организацию/иную организацию или передается с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети Интернет, через официальный сайт территориального фонда.

(п. 7 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

8. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении.

9. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

(в ред. Приказов Минздрава России от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н)

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

СНИЛС;

(в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах" <*>, - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации <*>;

(пп. 3 в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

<*> Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; 2000, N 46, ст. 4537; 2003, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; 2004, N 35, ст. 3607; 2006, N 31 (ч. I), ст. 3420; 2007, N 1 (ч. I), ст. 29; 2008, N 30 (ч. II), ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; 2011, N 27, ст. 3880).

(сноска в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

<*> Приказ Федеральной миграционной службы от 5 декабря 2007 г. N 452 "Об утверждении Административного регламента Федеральной миграционной службы по исполнению государственной функции по исполнению законодательства Российской Федерации о беженцах" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 февраля 2008 года, регистрационный N 11209) (Российская газета, 2008, N 88).

(сноска в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность <*>;

<*> Федеральный закон от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2010, N 52 (ч. I), ст. 7000).

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации <*>;

<*> Федеральный закон от 30 февраля 1994 г. N 51-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, N 32, ст. 3301; 2010, N 31, ст. 4163).

9) для законного представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность, и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

10) исключен. - Приказ Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан;

11) для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:

предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания) <*>;

<*> Со слов гражданина или по имеющимся документам.

сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

наименование территориального фонда.

В случае подачи медицинской организацией ходатайства об идентификации застрахованного лица территориальный фонд осуществляет в течение пяти рабочих дней со дня получения ходатайства проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки территориальный фонд в течение трех рабочих дней представляет в медицинскую организацию.

10. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

(п. 10 в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

11. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и прилагаемых согласно пункту 9 настоящих Правил документов страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию.

12. В соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 16 Федерального закона застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление о выборе страховой медицинской организации.

13. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <*>. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным <*>.

(п. 13 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> Далее - договор о финансовом обеспечении.

<*> Часть 6 статьи 16 Федерального закона.

14. Страховые медицинские организации:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса в порядке, установленном статьей 46 Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях <*>.

<*> Часть 7 статьи 16 Федерального закона.

15. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо, в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Федерального закона, осуществляет один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

16. В соответствии с пунктом 4 части 2 статьи 16 Федерального закона в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

17. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <*>.

<*> Часть 15 статьи 38 Федерального закона.

18. После прекращения действия договора о финансовом обеспечении в соответствии с частью 17 статьи 38 Федерального закона застрахованное лицо в течение двух месяцев подает заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в другую страховую медицинскую организацию.

19. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин <*>.

<*> См. части 2 и 5 статьи 16 Федерального закона.

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

20. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

21. В субъектах Российской Федерации, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" <*> или может быть представлен в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис) или в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее - электронный полис). До введения в субъектах Российской Федерации универсальных электронных карт полис может быть представлен в форме бумажного полиса или в форме электронного полиса.

IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу

30. В соответствии с частью 2 статьи 51 Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы единого образца, в том числе в форме универсальной электронной карты. С 1 мая 2011 года выдача полисов застрахованным лицам осуществляется в соответствии с настоящей главой Правил.

(п. 30 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

31. Гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается без ограничения срока действия.

32. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", полис выдается на срок пребывания, установленный в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 настоящих Правил.

33. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание.

34. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство).

(в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

35. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, вносит сведения о страховой медицинской организации в полис в день подачи застрахованным лицом заявления и направляет информацию в территориальный фонд.

36. Временное свидетельство заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства, печатью страховой медицинской организации и содержит:

- 1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;
- 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 3) дату рождения застрахованного лица;

- 4) место рождения застрахованного лица;
- 5) пол застрахованного лица;
- 6) сведения о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, с указанием вида, серии, номера, кем выдан и даты выдачи;
- 7) номер и дату выдачи временного свидетельства;
- 8) срок действия временного свидетельства;
- 9) подпись застрахованного лица;
- 10) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;
- 11) подпись представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

37. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

38. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в территориальный фонд и в течение двух рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

39. В случае выявления действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение пяти рабочих дней со дня получения заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

40. В случае отсутствия данных о действующем полисе в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня передает указанную информацию в территориальный фонд, который в течение трех рабочих дней осуществляет проверку в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

41. В течение одного рабочего дня со дня получения сведений из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц территориальный фонд направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

42. При выявлении действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение трех рабочих дней со дня получения сведений из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

43. В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) (далее - заявка).

53. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

- 1) изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;
- 2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

54. Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о переоформлении. Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

55. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:

- 1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие);
- 2) утери полиса.

56. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса содержит следующие сведения:

- 1) о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС (для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии);

(в ред. Приказов Минздрава России от 25.03.2016 N 192н, от 28.06.2016 N 423н)

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со статьей 10 Федерального закона;

(абзац введен Приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

2) о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):

фамилия, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

4) о полисе (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина).

57. Заявления о переоформлении полиса и выдаче дубликата полиса оформляются в порядке, предусмотренном пунктами 7, 8 настоящих Правил.

58. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации.

59. В случаях смерти застрахованного лица, получения нового полиса в случаях, предусмотренных пунктами 52, 53 настоящих Правил, окончания срока действия полиса территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

60. В территориальных фондах и страховых медицинских организациях определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

61. Выдача полисов осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на деятельность по обязательному медицинскому страхованию на территории данного субъекта Российской Федерации.

Для обслуживания лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов, помещения оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение инвалидов колясок. Глухонемым, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

В случаях, когда действующие объекты невозможно полностью приспособить для нужд инвалидов, собственниками этих объектов должны осуществляться по согласованию с общественными объединениями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов <*>.

<*> Статья 15 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 48, ст. 4563; 2001, N 33 (часть I), ст. 3426; 2004, N 35, ст. 3607).

Страховые медицинские организации могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица.

62. Для своевременной выдачи полисов страховая медицинская организация обеспечивает достаточное количество пунктов выдачи полисов, удобный для населения режим работы и максимальное приближение пунктов выдачи к застрахованным лицам.

63. В случае чрезвычайных ситуаций страховая медицинская организация организует мобильные пункты выдачи полисов.

64. Застрахованные лица, представившие в пункт выдачи полисов необходимые документы, информируются о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и/или электронной почте.

Информация по электронной почте или через сеть "Интернет" в режиме вопросов-ответов предоставляется каждому застрахованному лицу, задавшему вопрос, не позднее пяти рабочих дней, следующих за днем получения вопроса.

65. Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

8. Вопросы по теме занятия

1. Какие основные нормативно правовые акты регламентируют деятельность системы ОМС и ДМС в РФ.

Компетенции: ПК-17

2. Дайте определение понятию "обязательное медицинское страхование"

Компетенции: ОПК-3

3. Что является объектом ОМС

Компетенции: ОПК-3

4. Охарактеризуйте понятия "страховой риск", "страховой случай", "страховое обеспечение".

Компетенции: ПК-17

5. Перечислите основные принципы ОМС

Компетенции: ОПК-3

6. Кто является субъектами и участниками в системе ОМС?

Компетенции: ОПК-3

7. Перечислите права и обязанности застрахованных по ОМС лиц.

Компетенции: ОПК-3

8. Перечислите права и обязанности медицинских организаций в системе ОМС

Компетенции: ОПК-3

9. Что является дефектом оказания медицинской помощи в системе ОМС

Компетенции: ОПК-5

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЭТО:

- 1) заключение договора на страховое обеспечение между страховщиком и застрахованным лицом;
- 2) вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение гарантий при наступлении страхового случая;
- 3) ограничение возможности для пациента выбирать врача, мед. учреждение;
- 4) предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществлении расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

Компетенции: ПК-17

2. СТРАХОВОЙ РИСК ЭТО:

- 1) права и обязанности субъектов медицинского страхования;
- 2) исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;
- 3) гарантированный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам;
- 4) предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществлении расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

Компетенции: ПК-17

3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:

- 1) безработный гражданин, зарегистрированный в соответствии с законодательством о занятости;
- 2) гражданин имеющий право на получение в пользу него социальных выплат;
- 3) физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством;
- 4) гражданин, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

Компетенции: ПК-17

4. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЭТО:

- 1) проверка первичной бухгалтерской документации;
- 2) установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской;
- 3) проверка качества оказания медико-социальных услуг населению;
- 4) проведение экспертизы медицинских документов на соответствие действующего законодательства;

Компетенции: ПК-17

5. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА::

- 1) на получение полиса обязательного медицинского страхования;
- 2) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;
- 3) отказ от получения медицинской услуги;
- 4) пользование другими видами страхования;

Компетенции: ПК-17

6. ОБЪЕКТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЭТО:

- 1) страховая медицинская организация;
- 2) страховой риск;
- 3) медицинская услуга;

4) медицинская экспертиза;

Компетенции: ОПК-3

7. К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ::

- 1) обеспечение гарантий бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая;
- 2) законность;
- 3) гласность;
- 4) соблюдение действующего законодательства всеми гражданами;

Компетенции: ОПК-3

8. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ ЭТО:

- 1) право выбора медицинской организации;
- 2) выдача страхового медицинского полиса;
- 3) уплата страховых взносов;
- 4) совершившееся событие при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется медицинская помощь;

Компетенции: ПК-4

9. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) государство;
- 2) организация- работодатель;
- 3) местная администрация;
- 4) сам гражданин;

Компетенции: ПК-17

10. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) отдел социального страхования;
- 2) застрахованные лица;
- 3) частные страховые фирмы;
- 4) спонсоры;

Компетенции: ПК-17

11. БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:

- 1) программа описывающая содержание медицинских услуг;
- 2) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 3) перечень платных и бесплатных услуг оказываемых в медицинском учреждении;
- 4) программа базового обязательного медицинского страхования за год;

Компетенции: ПК-17

12. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ::

- 1) программа анализа причин временной нетрудоспособности на определенной территории;
- 2) программа установленная законодательством в целях защиты интересов застрахованного;
- 3) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 4) финансирование территориальных целевых программ в области здравоохранения;

Компетенции: ПК-17

13. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ЭТО:-

- 1) организация, заключающая договора по обеспечению медицинского страхования;
- 2) организационно-страховщик, которая занимает центральное место в системе страхования;
- 3) некоммерческая организация, созданная для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования;
- 4) организация-страхователь которая занимает центральное место в системе страхования;

Компетенции: ПК-17

14. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ЭТО:

- 1) некоммерческая организация, созданная субъектами Российской Федерации в соответствии с законом— для реализации государственной политики;
- 2) благотворительный фонд для финансирования программ в рамках ОМС;
- 3) организация, производящая выравнивание финансовых условий функционирования системы ОМС— в различных территориях;
- 4) частные фонды;

Компетенции: ПК-17

15. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД УЧАСТВУЕТ:

- 1) в аккумуляции средств обязательного медицинского страхования и управлении ими;
- 2) в финансировании лицензионных комиссий;
- 3) в заключении договоров по финансированию в рамках программы ОМС;
- 4) в посреднической деятельности в системе мед. страхования;

Компетенции: ОПК-3

16. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЭТО::

- 1) проверка соответствия фактических расходов нормативным;
- 2) медицинская экспертиза здоровья граждан;
- 3) выявление нарушений в оказании медицинской помощи;
- 4) экспертиза правовых документов, регламентирующих оказание медицинской помощи;

Компетенции: ПК-17

17. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ::

- 1) проведения бухгалтерского учета;
- 2) оценки тарифов на медицинские услуги;
- 3) оценки наличия системы контроля качества медицинской помощи;
- 4) проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;

Компетенции: ПК-17

18. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЭТО:

- 1) тщательное ведение финансовой документации ОМС;
- 2) установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи предоставленным к оплате счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- 3) контроль качества выполнения медицинских услуг медицинской организацией;
- 4) назначение конкурсного управляющего в мед. организацию, осуществляющего контроль за финансовыми расходами;

Компетенции: ПК-17

19. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТОМ::

- 1) специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по специальности не менее 5 лет и прошедшим подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС;
- 2) специалистом-экспертом юридического отдела, имеющим диплом государственного образца имеющего стаж работы не менее 10 лет по специальности работающим в области страхования;
- 3) специалистом-экспертом экономического отдела, не имеющим медицинского образования;
- 4) врачом-специалистом, имеющим диплом гос. образца и стаж работы врачом 15 лет;

Компетенции: ОПК-3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациенту Петрову В. И. было отказано в госпитализации, на основании отсутствия у него при поступлении полиса ОМС, показания к госпитализации по причине тяжелого состояния и по профилю заболевания соответствовали принятым стандартам и этапу медицинской помощи. Пациент утверждал, что он застрахован в страховой компании Медпроф, а полис утратил.

Вопрос 1: Какие нормативно-правовые акты регулируют правила получения бесплатной медицинской помощи.;

Вопрос 2: Правомочен ли данный отказ.;

Вопрос 3: По каким причинам не правомочен данный отказ.;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3, ОПК-5

2. В регионе X в территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи включена медицинская услуга - "стентирование пищевода". Пациент Петров В. И., застрахованный в регионе Y, обратился в Онкологический центр расположенный в регионе X, с состоянием стеноза пищевода из-за сдавливания новообразованием. Поскольку состояние пациента оценивалось как неоперабельное по онкологической патологии, ему предложено установить гастростому. Заведующий отделением обосновал отказ в установке пищевода стента бесплатно тем, что данная услуга не входит в Базовую программу оказания бесплатной медицинской помощи.

Вопрос 1: Правомочно ли действие заведующего отделением.;

Вопрос 2: Какой нормативно-правовой акт определяет правомочность указанного решения.;

Вопрос 3: Какое положение 323-ФЗ определяет правомочность решения зав. отделением.;

Вопрос 4: Какая отчетная форма используется для контроля исполнения "Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи";

Компетенции: ПК-17, ОПК-3, ОПК-5

3. Женщина 47 лет (страховой полис получен в г. Новосибирске, но на момент поступления отсутствовал) в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ№6 г. Красноярск с камнем мочеочника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Мотивируя тем, что

первый вариант лечения входит в базовую программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям РФ (ПГГ РФ), а второй вариант не входит.

Вопрос 1: Является ли, в данном случае, отсутствие полиса основанием для отказа в медицинской помощи;

Вопрос 2: Должна ли измениться ситуация в случае если женщина была бы гражданкой другой страны;

Вопрос 3: Правы ли медицинские работники, предлагая платный вариант операции;

Вопрос 4: В каком случае эндоскопическая операция была бы произведена бесплатно;

Компетенции: ПК-17

4. Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярск, постоянная прописка в г.Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г. Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу обострения хронического заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

Вопрос 1: Правомерно ли поступает поликлиника;

Вопрос 2: Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи;

Вопрос 3: Какие нормативно-правовые документы регламентируют данную ситуацию;

Вопрос 4: Если пациент оплатил данную услугу, есть ли у него варианты возврата потраченных денежных средств;

Вопрос 5: В каком случае пациенту могут быть предложены платные услуги;

Компетенции: ПК-17

5. Женщина прикрепилась к медицинскому учреждению не по месту жительства, ей необходимо вызвать врача на дом

Вопрос 1: Врачом из какой поликлиники будет осуществляться визит на дом;

Вопрос 2: Каким образом в данном случае будет регистрироваться визит к пациенту;

Вопрос 3: Может ли данная услуга быть предложена за плату;

Вопрос 4: Куда обратиться с жалобой на отказ в медицинском обслуживании;

Вопрос 5: Имела ли право данная жительница прикрепляться к поликлинике не по месту жительства;

Компетенции: ОПК-3

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Страховая медицина. Нормативно-правовая база. Виды медицинского страхования. ОМС в Красноярском крае
2. Краевая программа обязательного медицинского страхования.
3. Медицинское страхование зарубежный опыт.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (<http://www.ffoms.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

1. Тема № 15. Контроль качества медицинской помощи в условиях бюджетно-страховой медицины. (Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-3, ОПК-5)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Качество и доступность медицинской помощи является основной целью развития системы здравоохранения в РФ. Знание функционирования существующей системы контроля качества на всех уровнях позволяет врачу эффективно взаимодействовать с коллегами и руководством.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** определение терминов и понятий для системы контроля качества медицинских услуг (стандартизация качества, конкурентоспособность и качество), структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, системный подход к анализу медицинской информации, с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности., **уметь** оценить качество оказания медицинских услуг., провести статистическое исследование. осуществить правильный выбор статистических методов для анализа статистики и динамики деятельности системы здравоохранения и состояния здоровья населения., регулировать потоки пациентов и выбирать вариант обслуживания в зависимости от их статуса как объекта страховой медицины., **владеть** методикой расчета и дать оценку показателей работы амбулаторно-поликлинических учреждений., методикой расчета и дать оценку показателей работы стационарных учреждений., технологиями принятия решения о возможности оказания бесплатных услуг в рамках федеральной и региональных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи., методикой разработки мероприятий по управлению факторами влияющими на общественное здоровье.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

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

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

21) качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи

1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

3. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

4. Экспертиза качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 87. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности

1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

- 1) государственный контроль;
- 2) ведомственный контроль;
- 3) внутренний контроль.

2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- 1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- 2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи

фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

Статья 88. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

1. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями.
2. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:
 - 1) проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
 - 2) осуществления лицензирования медицинской деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности;
(п. 2 в ред. Федерального закона от 29.12.2015 N 408-ФЗ)
 - 3) проведения проверок применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
(п. 3 в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)
 - 4) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)
 - 5) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
 - 6) проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;
 - 7) проведения проверок организаций и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями, указанными в части 1 статьи 89 и в статье 90 настоящего Федерального закона.
3. Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации.

Статья 89. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

1. Федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций посредством осуществления полномочий, предусмотренных пунктами 3, 5 и 6 части 2 статьи 88 настоящего Федерального закона.
2. Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 90. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230
(ред. от 29.12.2015)

"Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

ПОРЯДОК
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА
И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Список изменяющих документов

(в ред. Приказов ФФОМС от 16.08.2011 N 144,
от 21.07.2015 N 130, от 29.12.2015 N 277)

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49 (ч. I), ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 27, ст. 3477; N 48, ст. 6165) и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. (в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Цели контроля:

5.1. обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.2. защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

(в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

5.4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

5.5. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

5.6. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

6. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

III. Медико-экономический контроль

7. Медико-экономический контроль в соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

8. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

9. При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;

2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);

3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:

а) территориальной программе обязательного медицинского страхования;

б) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

10. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку) с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

IV. Медико-экономическая экспертиза

11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

12. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом (пункт 78 раздела XIII настоящего Порядка).

13. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

а) целевой медико-экономической экспертизы;

б) плановой медико-экономической экспертизы.

14. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

в) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

При проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

(абзац введен Приказом ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

Количество целевых медико-экономических экспертиз определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

(в ред. Приказов ФФОМС от 21.07.2015 N 130, от 29.12.2015 N 277)

16. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

а) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;

б) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

в) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

17. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных случаев лечения определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет не менее:

при оказании медицинской помощи стационарно - 8%;

при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%.

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

При оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8% от числа поданных на оплату страховых случаев.

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

При оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 3% от числа поданных на оплату случаев.

В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть увеличен не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем.

(п. 17 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

18. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, может проводиться плановая тематическая медико-экономическая экспертиза, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате.

(в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

19. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы (приложение 3 (в случае проведения целевой медико-экономической экспертизы), приложение 10 (в случае проведения плановой медико-экономической экспертизы) к настоящему Порядку) в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

(в ред. Приказов ФФОМС от 16.08.2011 N 144, от 21.07.2015 N 130)

В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

V. Экспертиза качества медицинской помощи

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

(п. 20 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

(в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

22. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (пункт 81 раздела XIII настоящего Порядка) по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

23. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

24. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпункте "д" пункта 25 настоящего раздела.

В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения экспертизы качества медицинской помощи продлевается.

Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

(п. 24 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

25. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

- а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- б) исключен. - Приказ ФФОМС от 16.08.2011 N 144;
- в) летальных исходов;

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации, в течение суток - при повторном вызове скорой медицинской помощи;

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

ж) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

з) отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы.

(пп. "з" введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

26. При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится не зависимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

(в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

27. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

28. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

29. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

30. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет от числа законченных случаев лечения не менее:

при оказании медицинской помощи стационарно - 5%;

при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 3%.

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

При оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8% от числа поданных на оплату страховых случаев.

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

При оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5% от числа поданных на оплату случаев.

(п. 30 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

31. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:

а) методом случайной выборки;

б) по тематически однородной совокупности случаев.

32. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц.

33. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи;

в) результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оценки лечебно-диагностического процесса;

(пп. "в" введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

г) наличия подтверждающих признаков повторяющихся, систематических ошибок, либо тенденций, свидетельствующих о наличии возможных дефектов лечебно-диагностического процесса.

(пп. "г" введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

Тематика определяется территориальным фондом обязательного медицинского страхования с учетом предложений страховых медицинских организаций.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

Сроки и объемы экспертиз качества медицинской помощи, установленные планами проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с пунктом 51 главы VII настоящего Порядка координируются территориальным фондом обязательного медицинского страхования для последующего согласования.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

34. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

В проведении плановой тематической экспертизы качества медицинской помощи принимают участие эксперты качества медицинской помощи, являющиеся главными внештатными специалистами органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

35. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации,

оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок (пункт 51 раздела VII настоящего Порядка).

36. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и/или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)

37. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение (приложение 11 к настоящему Порядку), содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

(в ред. Приказа ФФОМС от 16.08.2011 N 144)

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (приложения 5, 6 к настоящему Порядку), являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

Страховые медицинские организации на основании актов экспертизы качества медицинской помощи по согласованию с территориальным фондом обязательного медицинского страхования готовят предложения по улучшению качества медицинской помощи.

(в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)

Приказ Минздрава России от 15.07.2016 N 520н

"Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

I. Общие положения

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160).

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство ;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи;
оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;
в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;
е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации);
оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;
и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;
к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком ;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный N 28883), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2015 г. N 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный N 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н).

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации ;

В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный N 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714).

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке ;

Статья 59 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072) и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1348н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный N 27909).

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке , назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

Часть 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219).

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство ;

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций;

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных

сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту ;

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту ;

Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи , врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

Часть 2 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2015, N 10, ст. 1403).

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. N 2762-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2015, N 2, ст. 538).

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке ;

Статья 59 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

п) проведение при летальном исходе патологоанатомического вскрытия в установленном порядке ;

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. N 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный N 30612).

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом,

заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 N 1382

"О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год"

VIII. Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи

Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой; порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента;

перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи 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 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

условия предоставления детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы;

порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программы;

сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

При этом:

сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;

сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;

сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

При формировании территориальной программы учитываются:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Критериями качества медицинской помощи являются:

удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);

смертность населения от болезней системы кровообращения, в том числе городского и сельского населения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от злокачественных новообразований, в том числе городского и сельского населения (число умерших от злокачественных новообразований на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от туберкулеза, в том числе городского и сельского населения (случаев на 100 тыс. человек населения);

смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте;

материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);

младенческая смертность (на 1000 человек, родившихся живыми, в том числе в городской и сельской местности);

доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года;

смертность детей в возрасте 0 - 4 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);

доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 4 лет;

смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);

доля умерших в возрасте 0 - 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 17 лет;

доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;

доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года;

доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;

доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;

доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;

доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской

помощи проведен тромболизис в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи;
доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;
доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом;
количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы.

Критериями доступности медицинской помощи являются:

обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по субъекту Российской Федерации);

доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу;

доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу;

доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей;

доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек сельского населения;

доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Кроме того, субъектами Российской Федерации проводится оценка эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности (на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда).

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти являются:

доля объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной гражданам, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией (за исключением медицинских организаций, имеющих прикрепленное население) (целевое значение - не менее 50 процентов);

доля доходов за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме доходов медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти (целевое значение для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, - не менее 20 процентов).

8. Вопросы по теме занятия

1. Дать определение понятию "качество медицинской помощи" согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-18

2. Перечислить положения входящие в понятие "экспертиза качества медицинской помощи" согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ОПК-5

3. Перечислить формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-18

4. Перечислить пути осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-18

5. Что входит в понятие "Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности" согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-17

6. Кто осуществляет ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-17

7. Кто осуществляет внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Компетенции: ПК-18

8. Охарактеризуйте порядок проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС согласно приказу ФФОМС №230 от 01.12.2015 г.

Компетенции: ПК-17

9. Какие главные принципы и критерии качества медицинской помощи представлены в приказе МЗ РФ №520н от 15.07.2016 г.

Компетенции: ПК-18

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"; КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЭТО::

- 1) совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов финансирования, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;
- 2) совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;
- 3) совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень выздоровления;
- 4) совокупность характеристик, отражающих этапность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

Компетенции: ПК-17

2. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"; ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ::

- 1) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени выздоровления;
- 2) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки инновационных подходов при выборе методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;
- 3) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;
- 4) выявления соблюдения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;

Компетенции: ПК-17

3. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ::

- 1) ведомственного контроля;
- 2) экспертной оценки;
- 3) опроса получателей медицинских услуг;
- 4) опроса работников медицинских организаций;

Компетенции: ПК-17

4. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ::

- 1) внеплановой проверки;
- 2) государственного контроля;

3) рабочей группы министерства здравоохранения субъекта РФ;

4) экспертной группы специалистов со стажем не менее 10 лет;

Компетенции: ПК-17

5. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ::

1) автоматизированного учета первичных данных работы медицинской организации;

2) ассоциаций по защите прав пациента;

3) внутреннего контроля;

4) профессиональных групп;

Компетенции: ПК-17

6. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ::

1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

2) ведомственного контроля;

3) межведомственного взаимодействия;

4) опроса руководителей медицинских организаций;

Компетенции: ПК-17

7. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ::

1) межведомственного взаимодействия;

2) опроса потребителей медицинской помощи;

3) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

4) социологических исследований;

Компетенции: ПК-18

8. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ::

1) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

2) анализа жалоб пациентов;

3) регистрации врачебных ошибок;

4) межведомственного взаимодействия;

Компетенции: ПК-17

9. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ::

1) межведомственного взаимодействия;

2) анализа жалоб пациентов;

3) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности;

4) увеличения числа внеплановых проверок медицинских организаций;

Компетенции: ПК-17

10. СОГЛАСНО ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 15.07.2016 N 520Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»; К КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСЯТСЯ::

1) наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

2) наличие жалоб пациентов;

3) недоукомплектованность врачебных участков;

4) отсутствие расхождения клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В страховую компанию "Х" поступила жалоба на невозможность осуществить запись к врачу невропатологу.

Вопрос 1: Является ли это основанием для экспертизы качества и доступности медицинской помощи;

Вопрос 2: Какой вид экспертизы качества и доступности медицинской помощи следует осуществить СМО;

Вопрос 3: Кто может проводить данный вид экспертизы;

Вопрос 4: Дайте определение понятия медико-экономическая экспертиза;

Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-3, ОПК-5

2. При проверке экспертом страховой компании "Х", в качестве претензии к качеству оказания медицинской услуги в медицинской организации "У", предъявлен факт отсутствия установления предварительного диагноза врачом приемного отделения в течении 3 часов.

Вопрос 1: Правомочна ли данная претензия.;

Вопрос 2: В течении какого срока врач должен был установить предварительный диагноз;

Вопрос 3: Какой нормативно-правовой акт регламентирует данное требование к качеству медицинской услуги;

Компетенции: ПК-17, ПК-18, ОПК-3, ОПК-5

3. Мужчина 38 лет находится на стационарном лечении в больнице г. Красноярска по поводу перелома нижней конечности. Для оперативного лечения перелома лечащий врач предложил приобрести за свой счет металлические пластины.

Вопрос 1: Правомерно ли поступает поликлиника;

Вопрос 2: Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи;

Вопрос 3: Какие нормативно-правовые документы регламентируют данную ситуацию;

Вопрос 4: Если пациент оплатил данную услугу, есть ли у него варианты возврата потраченных денежных средств;

Вопрос 5: В каком случае пациенту могут быть предложены платные услуги;

Компетенции: ОПК-5

4. Гражданин Ф. переехал на постоянное жительство в г. Канск из г. Красноярска где был прикреплен к СМО «Надежда»

Вопрос 1: Сохраняется ли за ним прикрепление к СМО «Надежда»;

Вопрос 2: Что он должен сделать по прибытии в г. Норильск по отношению к полису ОМС;

Вопрос 3: Может ли Гражданин Ф. сменить СМО «Надежда» на другую;

Вопрос 4: Имеет ли право Гражданин Ф. на выбор медицинской организации;

Вопрос 5: Сколько дней Гражданин Ф имеет для принятия решения о выборе СМО;

Компетенции: ПК-18

5. В городе Д. Врач терапевтического отделения за истёкший месяц пролечил 3 больных. Уровень качества лечения больных был экспертно оценён: УКЛ1 – 0,5; УКЛ2 – 0,71; УКЛ3 – 0,68.

Вопрос 1: Рассчитайте коэффициент уровня качества лечения врача за прошедший период;

Вопрос 2: Оцените возможность дальнейшей работы врача в системе ОМС;

Компетенции: ОПК-5

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений и оценка качества лечебно-профилактической помощи

2. Принципы и уровни контроля качества. Квалиметрия. Стандартизация.

3. Нормативно-правовая база контроля качества в медицинских организациях

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (<http://www.ffoms.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/ru/>)

1. Тема № 16. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Организация медико-социальной экспертизы. (Компетенции: ПК-7, ПК-17, ПК-18, ОПК-5, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): освоение необходимых теоретических знаний по вопросам медицинской экспертизы, приобретение необходимых навыков и умений при организации и проведении экспертизы нетрудоспособности.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** ведение типовой учетно- отчетной медицинской документации в медицинских организациях, правила проведения экспертизы трудоспособности (стойкой и временной) пациентов, оформления соответствующей медицинской документации, принципы определения необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу, профилактики инвалидизации среди взрослого населения и подростков, системный подход к анализу медицинской информации, с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности., **уметь** давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности)., **владеть** методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Экспертиза - это изучение специалистом или группой специалистов вопроса, требующего для своего решения специальных знаний в какой-либо области науки, техники, искусства и т.д.

Медицинская экспертиза - это проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено несколько видов медицинской экспертизы.

Экспертиза временной нетрудоспособности 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 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.

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Экспертиза трудоспособности - область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности, а также некоторых других причин, регламентированных законодательством по государственному социальному страхованию и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и

др.).

Организация экспертизы трудоспособности в России построена на трех основных принципах:

Первый принцип - государственный характер, который заключается в том, что существуют единые государственные органы, которым дано право решения всех вопросов связанных с нетрудоспособностью;

Второй принцип - профилактическое направление. Главной задачей рассматриваемого вида экспертизы трудоспособности является максимально быстрое восстановление трудоспособности и предотвращение инвалидности;

Третий принцип - коллегиальность в решении всех вопросов экспертизы трудоспособности, что достигается одновременным участием нескольких специалистов, администрации.

Экспертиза трудоспособности в России является государственной функцией. Российским законодательством

определены единые органы экспертизы трудоспособности:

1. лечебно-профилактические учреждения, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности;
2. органы социальной защиты населения различных территориальных уровней;
3. профсоюзные органы.

Объектом исследования экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного, увечного человека.

Трудоспособность - это такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Нетрудоспособность - это состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессиональной деятельности невозможно.

Нарушение трудоспособности человека принято делить по степени и по характеру.

По степени выделяют:

- ограничение трудоспособности;
- утрата трудоспособности;

По характеру выделяют:

- временную утрату трудоспособности (полную и частичную);
- стойкую утрату трудоспособности (инвалидность).

Временная нетрудоспособность (ВН) - это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер.

Установление факта ВН является медицинским действием, поскольку оно направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения.

Полная нетрудоспособность - это утрата работающим способности к любому труду на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Частичная нетрудоспособность - это временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным, облегченным, режимом или уменьшенным объемом.

Стойким нарушением трудоспособности (инвалидностью) называется такое состояние, при котором функциональные и органические нарушения, обусловленные заболеванием, увечьем или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Особое место среди различных видов медицинской экспертизы занимает экспертиза нетрудоспособности, тесно соприкасающаяся с клиническими дисциплинами, системой социального страхования и социального обеспечения. От организации и качества проведения экспертизы нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях в значительной степени зависит оценка состояния здоровья населения и анализ экономических потерь, которое несет общество вследствие заболеваний. Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Экспертиза нетрудоспособности - это определение на основании медицинских и социальных критериев возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности.

Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека.

Установление факта нетрудоспособности имеет важное юридическое и экономическое значение, так как оно гарантирует гражданину соответствующие права:

- при временной утрате трудоспособности - на освобождение от работы и получение пособия за счет средств обязательного государственного социального страхования;

- при инвалидности - на пенсию за счет средств Пенсионного фонда России.

Медицинские критерии нетрудоспособности:

1. своевременно поставленный полный клинический диагноз с учетом:
 - а) выраженности морфологических изменений;
 - б) тяжести и характера течения заболевания;
 - в) наличия декомпенсации и ее стадии;
2. наличие осложнений;
3. прогноз заболевания.

Болезнь и нетрудоспособность не всегда являются понятиями идентичными. Например, два человека страдают одним и тем же заболеванием - панарицием. Один из них учитель, другой - повар. Учитель с панарицием может исполнять свои обязанности, т. е. является трудоспособным, а повар - нет, т. е. является нетрудоспособным. Кроме того, причиной нетрудоспособности не всегда является заболевание самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, однако кто-то из членов его семьи заболел гепатитом, вследствие чего повар не может заниматься приготовлением пищи, т. е. выполнять свои профессиональные обязанности, так как у него есть эпидемический контакт по гепатиту.

При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессионального труда, и нетрудоспособным, если выполнение работы затруднено или невозможно. Поэтому врач, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой пациентом работы, условий его труда, решает вопрос о социальном критерии трудоспособности и о выдаче листка нетрудоспособности.

Социальные критерии нетрудоспособности определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда. Социальные критерии отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного:

1. характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно- психического);
2. организацию, периодичность и ритм работы;
3. нагрузку на отдельные органы и системы;
4. наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Медицинские и социальные критерии должны быть всегда четко определены и отражены в медицинской документации.

Основными задачами врачебно-трудовой экспертизы являются:

1. научно обоснованная оценка трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, увечьях, анатомических дефектах;
2. установление факта временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
3. определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, полная или частичная);
4. установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
5. рациональное трудоустройство работающих, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;
6. определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;
7. изучение причин заболеваемости и инвалидности для разработки медицинских и социальных профилактических программ;
8. определение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;
9. проведение социально-трудовой реабилитации.

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) отражает заболеваемость работающего населения;

поэтому, кроме медико-социального, она имеет и большое социально-экономическое значение. В снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности заинтересованы не только врачи, но и администрация предприятий и учреждений, инженерная служба, профсоюзная организация. Они должны принимать самое активное участие в анализе ЗВУТ, в выявлении ее причин и, по возможности, их устранении. Особую роль в экспертизе нетрудоспособности играют врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, так как из всех дней лечения, сопровождающихся временной нетрудоспособностью, в среднем 85-90% составляют дни лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) - это вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

1. лечащий врач;
2. врачебная комиссия (ВК) ЛПУ;
3. органы управления здравоохранения территории, входящей в субъект Федерации;
4. органы управления здравоохранения субъекта Федерации;
5. Федеральный уровень (Министерство здравоохранения и социального развития).

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности включает в себя 2 этапа:

- исполнение;
- управление.

Исполнителями являются лечащие врачи. ЭВН на этапе исполнения осуществляется лечащими врачами в лечебно-профилактических учреждениях, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности. Лечащими врачами являются врачи, непосредственно осуществляющие амбулаторный прием или лечение больных в стационаре: участковые, цеховые, семейные врачи, специалисты широкого и узкого профиля (хирурги, травматологи, невропатологи, акушеры-гинекологи, стоматологи и др.). Экспертиза временной нетрудоспособности относится к числу ежедневных обязанностей лечащих врачей наряду с диагностикой, лечением и профилактикой болезней, вопросы ЭВН решаются в комплексе с этими мероприятиями и не могут быть от них обособлены.

Управление ЭВН - функция руководителей медицинских подразделений лечебно-профилактических учреждений и органов здравоохранения. Управление ЭВН в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) включает в себя ряд звеньев, последовательно подчиняющихся друг другу (в их обязанности входит решение организационных вопросов, контроль за работой лечащих врачей, методическая работа, анализ экспертизы временной нетрудоспособности, проведение мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и инвалидности).

Звенья управления экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ:

1. лечащий врач;
2. заведующий отделением;
3. заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности;
4. главный врач.

Функции лечащего врача при ЭВН:

1. определяет признаки временной нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
2. фиксирует в первичных медицинских документах данные, необходимые для постановки диагноза, формулирует диагноз заболевания с учетом степени функциональных нарушений, осложнений и их тяжести;
3. назначает дополнительные исследования и консультации, лечебно-оздоровительные мероприятия;
4. определяет сроки ВН (с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующего заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах);
5. выдает листок нетрудоспособности (справку) и назначает дату очередного посещения врача, фиксируя ее в первичной медицинской документации;
6. при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;
7. своевременно направляет пациента для консультации на врачебную комиссию (ВК);

8. при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе при алкогольном опьянении) делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и в истории болезни (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения;
 9. выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на ВК и медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК);
 10. осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов (граждан, имеющих в год 4 и более случаев и 40 дней ВН по одному заболеванию или 6 случаев и 60 дней с учетом всех заболеваний);
- при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование закрытия листка нетрудоспособности;
 - анализирует причины заболеваемости с ВН и первичного выхода на инвалидность.

Экспертиза ВН выделяет следующие причины временной нетрудоспособности:

- заболевание;
- несчастный случай на производстве и в быту;
- санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация;
- уход за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом;
- карантин;
- беременность и роды;
- протезирование.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется лицами, имеющими в соответствии с законодательством Российской Федерации о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности выдают медицинские работники указанных лиц, в том числе:

- лечащие врачи медицинских организаций;
- фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций (далее - фельдшеры и зубные врачи) - в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения.

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 и благополучия человека.

На основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» второй уровень экспертизы ВН в ЛПУ представлен врачебной комиссией (ВК).

В соответствии с порядком определенном в этом приказе ВК создается в медицинских организациях с целью совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам. В состав врачебной комиссии, помимо председателя комиссии (руководитель медицинской организации или один из заместителей руководителя медицинской организации) включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации, секретарь.

Учет и отчетность по экспертизе временной нетрудоспособности в ЛПУ

В целях учета клинко-экспертной деятельности, дальнейшей ее оценки и анализа, создания мониторинга результатов экспертиз в лечебно- профилактических учреждениях ведется «Журнал учета клинко-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (ф. 035/у-02). Данная форма в ЛПУ ведется (заполняется) с начала календарного года и хранится в течение 5 лет. Ответственным за ведение журнала является председатель ВК.

Учетными документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное

освобождение от работы (учебы), является листок нетрудоспособности (ЛН) и, в отдельных случаях, справки установленной формы (например, ф. 095/у «О временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение», ф. 095-1/у «О временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта»).

Листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства.

Порядок оплаты листков нетрудоспособности определен Федеральным законом от 29.12.2006г. N 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» (с последними изменениями от 03.12.2011г.).

Листки нетрудоспособности, работающих на предприятии сводятся в текущие ведомости, а затем ежеквартально составляется «Отчет о временной нетрудоспособности» форма №16-ВН. На основе квартальных отчетов составляются полугодовые и годовые отчеты о причинах временной нетрудоспособности. В форме №16-ВН сведены все случаи и календарные дни нетрудоспособности по 21 классу заболеваний (по МКБ-10) с учетом возраста и пола, а также представлены данные о среднегодовом числе работающих.

Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность

Основным нормативным документом, регламентирующим порядок оформления и выдачи листков нетрудоспособности является Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. N 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

Контроль за соблюдением настоящей инструкции в государственных, муниципальных, частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующими врачами, осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 1998 года № 291, Приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 6 октября 1998 года № 167 «Об утверждении инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности».

Листки нетрудоспособности выдаются лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента. Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляется врачом после личного осмотра и подтверждается записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы. Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается и закрывается, как правило, в одном лечебно-профилактическом учреждении и, при показаниях, может быть продлен в другом. Листок нетрудоспособности выдается гражданину медицинской организацией по его желанию в день обращения либо в день закрытия листка нетрудоспособности

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах, в том числе полученных вследствие

несчастного случая на производстве, отравлениях

(некоторых других последствиях воздействия внешних причин)

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Фельдшер или зубной врач выдает и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.

Врачи, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, направляют гражданина на врачебную комиссию в медицинскую организацию по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) для продления листка нетрудоспособности.

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней.

При заболеваниях, профессиональных заболеваниях (травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве), когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Не допускается выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником. Выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной медицинской организации, листок нетрудоспособности выдается непосредственно в специализированной медицинской организации. В исключительных случаях листок нетрудоспособности выдается медицинским работником при направлении гражданина в специализированную медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения.

Гражданину, являющемуся временно нетрудоспособным, направленному на консультацию (обследование, лечение) в медицинскую организацию, находящуюся за пределами административного района, по решению врачебной комиссии, направившей его, выдается листок нетрудоспособности на число дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации.

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

При временной нетрудоспособности в связи с заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением) гражданина, наступившим в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящим Порядком, в том числе в период долечивания в санаторно-курортном учреждении.

Листок нетрудоспособности не выдается гражданам:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;
- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;
- находящимся под стражей или административным арестом;
- проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии;
- с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;
- учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования.

В указанных случаях по просьбе гражданина выдается выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

В случае заболевания (травмы, отравления) учащихся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования в период проведения оплачиваемых работ при прохождении производственной практики, а также в случае выполнения ими работы по трудовому договору листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящим Порядком.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период

санаторно-курортного лечения

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

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

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи

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

Листок нетрудоспособности выдается по уходу за больным членом семьи:

- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, но не более чем на 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком, а в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2008 г. N 84н "Об утверждении перечня заболеваний ребенка в возрасте до 7 лет, при возникновении которых выплата пособия по временной нетрудоспособности за период ухода за ребенком осуществляется не более чем на 90 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком в связи с указанными заболеваниями" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 марта 2008 г., регистрационный N 11287), не более чем на 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком в связи с указанным заболеванием;
- ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;
- в случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, но не более чем на 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, - на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет: при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей - на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного

- из родителей - на все время болезни;
- детьми в возрасте до 15 лет, страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей - на все время болезни;
- старше 15 лет: при амбулаторном лечении - на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии - до 7 дней по каждому случаю заболевания.

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

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

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

- за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;
- за хроническими больными в период ремиссии;
- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

При заболевании ребенка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы), листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается со дня, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) должна приступить к работе.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине

При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

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

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

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при протезировании

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

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам

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

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

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

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

При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящим Порядком на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трех дней.

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

Заполнение листка нетрудоспособности

Записи в листке нетрудоспособности выполняются на русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. **Не допускается использование шариковой ручки.** Записи в листке нетрудоспособности не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей.

Все записи в специально отведенных ячейках проставляются, начиная с первой ячейки.

Печати медицинской организации, учреждения медико-социальной экспертизы могут выступать за пределы специально отведенного места, но не должны попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности.

Оттиск печати медицинской организации должен соответствовать названию, указанному в уставе медицинской организации. При оформлении листков нетрудоспособности в некоторых медицинских организациях (психиатрических, наркологических организациях, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и др.) могут быть использованы специальные печати или штампы без указания профиля организации.

При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности он считается испорченным и взамен него оформляется дубликат листка нетрудоспособности.

Письмом ФСС от 30.09.2011 N 14-03-11/15-11575 разъяснено, что наличие в листке, заполненном рукописно, технических недочетов заполнения не является основанием для работодателя требовать переоформления листка нетрудоспособности и отказывать в назначении и выплате пособий, если при этом все записи в листке нетрудоспособности читаются.

Ответственность за нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности

За нарушение установленного порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности медицинские организации, а также медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Бланк листка нетрудоспособности является **документом строгой финансовой отчетности.**

Правительство Российской Федерации предусмотрело ответственность за нарушения законодательства для руководителей – должностных лиц:

Ответственность медицинских работников и медицинских учреждений, необоснованно выдавших

больничный лист.

За нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут дисциплинарную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Данная норма права закреплена в п. 68 Приказа Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности". Кроме того, медицинское учреждение может быть привлечено к гражданско-правовой ответственности.

К дисциплинарной ответственности медицинские работники могут быть привлечены в соответствии со ст. 192 ТК РФ.

Дисциплинарные взыскания могут быть обусловлены:

- неправильной или необоснованной выдачей листка нетрудоспособности,
- нарушением правил оформления БЛ,
- нарушением порядка направления больных на медико-социальную экспертизу,
- некачественным оформлением первичной медицинской документации, касающейся вопросов экспертизы временной нетрудоспособности,
- неправильным учетом и хранением бланков листков нетрудоспособности,
- отказом в выдаче листка нетрудоспособности пациенту при наличии прямых медицинских показаний для освобождения его от работы,
- выдачей листка нетрудоспособности должностными лицами (руководителем лечебно-профилактического учреждения и его заместителями). *Право на выдачу листка нетрудоспособности они приобретают только тогда, когда ведут амбулаторный прием в качестве лечащего врача.*

Уголовная ответственность медицинских работников за нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности не определена УК РФ. Но данные действия можно квалифицировать как злоупотребление должностными полномочиями, получение взятки за незаконную выдачу больничного листка и служебный подлог.

Особенность **гражданско-правовой ответственности** состоит в том, что к данной ответственности привлекается не врач (или лицо, имеющее право выдавать больничный листок), а само медицинское учреждение. В данном случае привлечение к ответственности будет проходить по правилам гражданского судопроизводства в арбитражном суде.

Ответственность работника, представившего поддельный или необоснованно выданный больничный лист.

Организация, выплатившая пособие работнику по временной нетрудоспособности по необоснованно выданному больничному листку, должна обратиться в суд с иском о возврате суммы выплаченного пособия.

Для привлечения к ответственности работника, сотрудники Фонда социального страхования обращаются в органы внутренних дел.

Подделка больничного подпадает под состав преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 327 УК РФ, т.е. использование заведомо подложного документа.

Если по поддельному больничному было выплачено пособие, то работодатель имеет право требовать возмещения ущерба с работника. Причем он вправе требовать не только возмещение суммы выплаченного пособия по временной нетрудоспособности, но и оплату иных убытков, например расходов на проведение экспертизы больничного листа. Кроме того, так как фактически временная нетрудоспособность не наступала, работодатель может расторгнуть трудовой договор с работником по п. 6 ст. 81 ТК РФ (вследствие прогула).

АНАЛИЗ И УЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУЧАЕВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

п/п	Название показателей	Методика исчисления
1	Число случаев нетрудоспособности (на 100 работающих)	$\frac{\text{Число случаев нетрудоспособности} \times 100}{\text{Среднее число работающих}}$
2	Число дней нетрудоспособности (на 100 работающих)	$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности} \times 100}{\text{Среднее число работающих}}$
3	Средняя длительность случая	$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{Случаев нетрудоспособности}}$

4	Доля условно неработающих по болезни в году	$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности} \times 100}{\text{Среднее число работающих} \times 365}$
5	Число случаев нетрудоспособности (на 100 человек трудоспособного возраста)	$\frac{\text{Число случаев нетрудоспособности} \times 100}{\text{Численность населения в трудоспособном возрасте}}$
6	Число дней нетрудоспособности (на 100 человек трудоспособного возраста)	$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности} \times 100}{\text{Численность населения в трудоспособном возрасте}}$
7	Доля случаев нетрудоспособности от данной причины (в %)	$\frac{\text{Число случаев нетрудоспособности от данной причины} \times 100}{\text{Число случаев нетрудоспособности всего}}$
8	Доля дней нетрудоспособности от данной причины (в %)	$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности от данной причины} \times 100}{\text{Число дней нетрудоспособности всего}}$

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года (с поправками от 30.12.2008г.);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с последними изменениями от 20.07.2012г.);
- Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (с последними изменениями от 21.07.2010г.);
- Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» (с последними изменениями от 03.12.2011г.);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 1998 года № 291, Приказ Фонда социального страхования Российской Федерации от 6 октября 1998 года № 167 «Об утверждении инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. N 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» (с последними изменениями от 24.01.2012г.);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- Приказ Минздрава РФ от 21 мая 2002 года № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2011 г. N 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях травмах» (в соответствии с МКБ-10), утвержденные Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000г. № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П;
- Приказ фонда социального страхования РФ и Минздрава РФ от 29 января 2004 года № 18/29 «Об утверждении инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения» (с последними изменениями от 23.06.2004г.);

ЭКСПЕРТИЗА СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА (МСЭ) — один из видов медицинской экспертизы. В соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Стойкая нетрудоспособность (инвалидность) определяется рядом социальных и биологических факторов.

К основным социальным факторам инвалидности относятся:

1. характер выполняемой работы и требования, предъявляемые работой организму человека;
2. профессия;
3. квалификация;
4. образование;
5. санитарно-гигиенические и производственные условия труда;
6. материально-бытовые условия, социально-трудовой прогноз.

Понятие стойкой нетрудоспособности не может быть чисто социальным, так как изменение объема работы или переход на работу более низкой квалификации может быть осуществлен и совершенно здоровым человеком, однако это не будет являться основанием для установления стойкой нетрудоспособности.

К биологическим факторам, определяющим стойкую нетрудоспособность, относятся:

1. характер заболевания;
2. степень выраженности функциональных нарушений;
3. этиология патологического процесса;
4. адаптационные и компенсаторные возможности организма;
5. клинический прогноз заболевания или травмы.

Следует помнить, что хотя заболевание (травма, анатомический дефект) является одним из обязательных условий установления стойкой нетрудоспособности, но не каждое патологическое состояние обуславливает ее. Если при определенном патологическом процессе (заболевание, травма, анатомический дефект) человек может продолжать свою работу по специальности без вреда для здоровья, то оснований для определения стойкой нетрудоспособности не будет.

Понятие стойкой нетрудоспособности или инвалидности достаточно динамично, так как состояние здоровья человека может улучшиться или заболевание будет прогрессировать.

Установление факта стойкой нетрудоспособности - сложный и ответственный акт, в котором принимают участие:

- органы здравоохранения (лечащие врачи, врачебные комиссии);
- органы социальной защиты населения.

Следует отметить, что определение стойкой нетрудоспособности и группы инвалидности - не одновременный акт, а длительный процесс, базирующийся на изучении динамики заболевания и начинающийся в лечебно-профилактическом учреждении. При этом врачи выявляют признаки стойкой нетрудоспособности, а органы социальной защиты населения устанавливают ее законодательно.

Стойкая нетрудоспособность или инвалидность является юридической категорией, так как инвалид приобретает определенные права:

1. право ограничить или полностью прекратить профессиональную деятельность;
2. право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение;
3. право направления на переобучение и др.

Правильная оценка состояния трудоспособности определяется комплексным методом, включающим:

- всестороннее клиническое обследование больных с определением функций органов и систем;
- изучение характера и условий труда, влияющих на организм больного.

Установление стойкой нетрудоспособности (инвалидности) осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ). В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности.

Учреждения медико-социальной экспертизы Учреждения медико-социальной экспертизы в Российской Федерации находятся в ведении Министерства труда и социальной защиты, за исключением Главного бюро медико-социальной экспертизы Федерального медико-биологического агентства, которое подведомственно соответствующему агентству в структуре Министерства здравоохранения.

Порядок организации и деятельности учреждений медико-социальной экспертизы регулируется Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.11.2009 N 906н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

Учреждения медико-социальной экспертизы в установленном законом порядке проводят освидетельствования граждан с целью установления группы инвалидности, определения степени утраты профессиональной трудоспособности, а также изучают распространенность и структуру инвалидности, причины, факторы и условия, влияющие на возникновение, развитие и исход инвалидности.

Организационная структура учреждений медико-социальной экспертизы в Российской Федерации:

- Федеральное бюро медико-социальной экспертизы;
- Экспертные составы Федерального бюро;
- Главное бюро медико-социальной экспертизы Федерального медико-биологического агентства (осуществляет медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий);
- Экспертные составы главного бюро;
- Бюро медико-социальной экспертизы в 28 субъектах Российской Федерации и в г. Байконур;
- Главные бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации;
- Экспертные составы главного бюро;
- Бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах - филиалы соответствующего главного бюро. Создается, как правило, один филиал (бюро) на 70 - 90 тыс. человек при условии освидетельствования 1,8 - 2 тыс. человек в год.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности в Федеральном бюро и главных бюро создаются следующие бюро или экспертные составы:

- общего профиля
- специализированного профиля, в том числе:
- для освидетельствования больных туберкулезом,
- лиц с психическими расстройствами,
- заболеваниями и дефектами органа зрения,
- лиц в возрасте до 18 лет,
- смешанного профиля.

Организационная структура учреждений медико-социальной экспертизы:

Основные функции Федерального бюро медико-социальной экспертизы

- Контроль работы учреждений МСЭ Российской Федерации, в том числе контроль работы Главных бюро: проведение по собственной инициативе повторных освидетельствований граждан, прошедших освидетельствование в Главном бюро, и при наличии оснований изменение либо отмена решений Главного бюро;
- Освидетельствование граждан по направлению экспертных составов главных бюро в случаях, требующих применения особо сложных специальных видов обследования или консультативного заключения Федерального бюро;
- Осуществление комплексной экспертно-реабилитационной диагностики с применением новейших технологий и результатов научных разработок в целях определения наличия ограничений жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности, реабилитационного потенциала и потребности в мерах социальной защиты;
- Внесение в Федеральное медико-биологическое агентство предложений по формированию государственного заказа на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по медико-социальной экспертизе;
- Проведение по поручению Федерального медико-биологического агентства научных исследований, в частности, изучение факторов, приводящих к инвалидности. Внесение в Федеральное медико-биологическое агентство предложений о внедрении в практику результатов научных разработок, новых технологий экспертно-реабилитационной диагностики, передового опыта главных бюро, а также реализации программ по

- различным направлениям медико-социальной экспертизы;
- Участие в разработке и реализации программ по проблемам инвалидности и инвалидов;
- Организация профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов в области медико-социальной экспертизы;
- Методологическая и организационно-методическая помощь главным бюро;
- Обеспечение единообразного применения законодательства Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов в установленной сфере деятельности;
- Статистическое наблюдение и статистическая оценка состояния инвалидности, наблюдение за демографическим составом инвалидов в Российской Федерации.

Основные функции главного бюро медико-социальной экспертизы (ГБМСЭ)

- Координация деятельности бюро (филиалов главного бюро), обобщение опыта их работы на обслуживаемой территории;
- Рассмотрение жалоб граждан, прошедших освидетельствование, на решения бюро;
- Проведение освидетельствования граждан в экспертных составах главного бюро в порядке обжалования решений бюро, изменение решений бюро при наличии оснований;
- Проведение по собственной инициативе повторных освидетельствований граждан, и, при наличии оснований, изменение либо отмена решений бюро;
- Статистическое наблюдение и статистическая оценка состояния инвалидности на обслуживаемой территории; наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории.

В структуре ФКУ «ГБ МСЭ по Красноярскому краю» Минтруда России осуществляют деятельность:

- 5 экспертных составов;
- 43 бюро медико-социальной экспертизы, из которых:
- общего профиля – 13,
- смешанного профиля – 20,
- для освидетельствования лиц с психическими расстройствами – 4,
- для освидетельствования больных туберкулезом – 3,
- для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органа зрения – 1,
- для освидетельствования лиц до 18 лет – 2;
- 8 отделов (юридический отдел, отдел по организации работы с документами, организационно-методический отдел, отдел информационного обеспечения, отдел экспертно-реабилитационных исследований и консультаций, отдел кадров, планово-финансовый отдел, отдел по общим вопросам деятельности учреждения).

Основные функции бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ)

- Установление фактов наличия инвалидности у освидетельствуемых граждан, группы, причины, сроков и времени наступления инвалидности;
- Определение степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
- Разработка и коррекция индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР), в том числе определение видов, форм, сроков и объемов реабилитационных мероприятий (которые включают медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию);
- Определение нуждаемости пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- Разработка и коррекция программ реабилитации инвалидов и пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и вследствие профессиональных заболеваний;
- Определение причины смерти инвалидов в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- Учет граждан, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу; государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;
- Разработка программ профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- Разъяснение гражданам, проходящим освидетельствование, вопросов, возникающих в связи с медико-социальной экспертизой.

БМСЭ и ГБМСЭ в своей деятельности используют формы первичных учет-ноотчетных документов и бланков

строгой отчетности, утверждаемых в установленном порядке. На каждого больного или инвалида, проходящего освидетельствование в бюро МСЭ, составляется «Акт освидетельствования». Ведутся протоколы заседаний по установленной форме («Книга протоколов заседаний МСЭ»). На освидетельствованного гражданина заполняется «Статистический талон», ежегодно МСЭ составляют «Отчет МСЭ» и т. п.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на медико-социальную экспертизу

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

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью;
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

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

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.

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

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации).
2. Если гражданин не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, медико-социальная экспертиза может быть проведена на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.
3. Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина.
4. 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.
5. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской, реабилитационной организации, получение заключения главного бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия.
6. В случаях отказа гражданина (его законного представителя) от дополнительного обследования и предоставления требуемых документов решение о признании гражданина инвалидом, либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основании имеющихся данных.
7. Гражданину, признанному инвалидом, выдается справка, подтверждающая факт установления инвалидности,

а также разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР) инвалида.

8. Выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-х дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом.
9. Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах медико-социальной экспертизы.
10. Гражданину, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления проставляются в указанном документе.
11. Порядок переосвидетельствования инвалида идентичен порядку признания гражданина инвалидом. Переосвидетельствование инвалидов проводится в этом же порядке.

ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

1. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения.
2. Организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
3. При этом в направлении на медико-социальную экспертизу, форма которого утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.
4. Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, а также орган социальной защиты населения вправе направлять на медико-социальную экспертизу гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм или дефектов.
5. Форма соответствующего направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения, утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
6. Организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь, органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, а также органы социальной защиты населения несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
7. В случае если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.
8. Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования гражданина и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы на основе многофакторной оценки клинико- функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных освидетельствуемого лица в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. №95, с использованием Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009г. N 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- **нарушение здоровья со стойким расстройством** функций организма, обусловленное заболеваниями,

последствиями травм или дефектами;

- **ограничение жизнедеятельности** (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- **необходимость в мерах социальной защиты**, включая реабилитацию.

НАЛИЧИЕ ОДНОГО ИЗ ЭТИХ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ, ДОСТАТОЧНЫМ ПРИ ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет - категория "ребенок-инвалид". Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп - на 1 год.

На медико-социальную экспертизу гражданина направляет организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в т.ч. высокотехнологической медицинской помощи, при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, а также орган социальной защиты населения вправе направлять на МСЭ гражданина, имеющего признаки ограничения жизнедеятельности, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих стойкое нарушение функций организма.

В случае, если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь отказала гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой гражданин имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

Освидетельствование проводится по письменному заявлению гражданина (его законного представителя) с приложением медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья и других документов, характеризующих социально-бытовой, образовательный, профессионально- трудовой статусы гражданина.

На дому освидетельствование проводится в следующих случаях:

Если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением ЛПУ.

При освидетельствовании специалисты бюро МСЭ **знакомят гражданина** (его законного представителя) с **порядком и условиями признания инвалидом**, а также дают разъяснения по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

В случаях, требующих проведение необходимого дополнительного обследования, запроса необходимых сведений и других мероприятий составляется **программа дополнительного обследования** в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается после получения данных, предусмотренных этой программой. В случае отказа гражданина (его законного представителя) от выполнения программы дополнительного обследования экспертное решение принимается на основании имеющихся данных.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе о признании его инвалидом **принимается простым большинством голосов** специалистов, проводивших МСЭ.

Экспертное решение объявляется гражданину (его законному представителю) в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно. Но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

Переосвидетельствование инвалида ранее установленных сроков, а также переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена бессрочно, проводится по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния его здоровья. Либо при осуществлении Главным бюро контроля за решением, принятым соответственно филиалом бюро.

Инвалидность 1 группы устанавливается сроком на 2 года, II и III групп - на 1 год. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет

Гражданам устанавливается группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования, а гражданам, не достигшим 18 лет, - категория "ребенок-инвалид" до достижения гражданином возраста 18 лет.

Пенсионный возраст не является основанием для определения группы инвалидности без срока переосвидетельствования.

В случае признания инвалидом гражданину выдаются следующие документы:

1. Справка о группе инвалидности.
2. При наличии листка временной нетрудоспособности в нем делается отметка об экспертном решении.
3. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

ПОРЯДОК ОБЖАЛОВАНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ БЮРО МСЭ

1. Гражданин (его законный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок на основании письменного заявления, подаваемого в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро.

Бюро, проводившее медико-социальную экспертизу гражданина, в 3-дневный срок со дня получения заявления направляет его со всеми имеющимися документами в главное бюро.

2. Главное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит экспертное решение.
3. В случае обжалования гражданином решения главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по Красноярскому краю с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов главного бюро.
4. Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро (127486, г. Москва, ул. Сусанина, 3).

Федеральное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

5. Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суд гражданином (его законным представителем) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАН ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Общие положения

Классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными [учреждениями](#) медико-социальной экспертизы, определяют основные виды стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий.

Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основания установления групп инвалидности (категории «ребенок-инвалид»).

1. **Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности**

К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);

нарушения языковых и речевых функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);

нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);

нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);

нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;

нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:

I степень - стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень - стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в соответствии с количественной системой оценки, предусмотренной приложением к классификациям и критериям, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н

III. Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к ориентации;
- г) способность к общению;
- д) способность контролировать свое поведение;

е) способность к обучению;

ж) способность к трудовой деятельности.

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

А) СПОСОБНОСТЬ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц;

Б) СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

В) СПОСОБНОСТЬ К ОРИЕНТАЦИИ - способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

Г) СПОСОБНОСТЬ К ОБЩЕНИЮ - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи, при изолированном поражении органа слуха - способность к общению с использованием невербальных способов общения и услуг по сурдопереводу;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

Д) СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

Е) СПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ – способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни:

1 степень – способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий (при необходимости) для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, в том числе обучение с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

2 степень – способность к обучению и получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий для получения образования только по адаптированным образовательным программам при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий с применением (при необходимости) специальных технических средств обучения, определяемая с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

3 степень – способность к обучению только элементарным навыкам и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения только элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере или ограниченные возможности способности к такому обучению в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма, определяемые с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

Ж) СПОСОБНОСТЬ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств;

3 степень – способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

1. IV. Критерий для установления инвалидности

Критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты.

Количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека) устанавливается **в соответствии с приложением к приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н.**

1. V. Критерии для установления групп инвалидности

Критерии для установления групп инвалидности применяются после установления гражданину инвалидности в соответствии с критерием установления инвалидности, предусмотренным пунктом 8 настоящих классификаций и критериев.

1. **Критерием** для установления **ПЕРВОЙ ГРУППЫ** инвалидности является **нарушение здоровья** человека с **IV степенью выраженности** стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
2. **Критерием** для установления **ВТОРОЙ ГРУППЫ** инвалидности является **нарушение здоровья** человека с **III степенью выраженности** стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
3. **Критерием** для установления **ТРЕТЬЕЙ ГРУППЫ** инвалидности является **нарушение здоровья** человека со **II степенью выраженности** стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
4. **Категория «ребенок-инвалид»** устанавливается при наличии у ребенка **II, III либо IV степени выраженности** стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитация включает в себя:

- медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии; протезирования и ортезирования;
- профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;
- социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Индивидуальная программа реабилитации.

(В соответствии со ст.11 Федерального закона [«О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»](#) от 24.11.1995 г. №181-ФЗ)

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро, проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР)

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица и организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. **Отказ инвалида** (или лица, представляющего его интересы) **от индивидуальной программы реабилитации** в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

АНАЛИЗ И УЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУЧАЕВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ С СТОЙКОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

п/п	Название показателей	Методика исчисления
1	Впервые признано инвалидами (на 10 тыс. населения трудоспособного возраста)	Число лиц, впервые признанных инвалидами в <u>трудоспособном возрасте</u> x 10000 Численность населения в трудоспособном возрасте
2	Впервые признано инвалидами по данной причине (на 100 тыс. населения в трудоспособном возрасте)	Число лиц, впервые признанных инвалидами по данной причине в <u>трудоспособном возрасте</u> x 100000 Численность населения в трудоспособном возрасте
3	Доля, впервые признанных инвалидами по возрастным группам (в %)	Число лиц, впервые признанных инвалидами данной <u>возрастной группы</u> x 100 Впервые признано инвалидами всего
4	Доля, впервые признанных инвалидами по группам инвалидности (в %)	Число лиц, впервые признанных инвалидами данной группы x 100 Впервые признано инвалидами всего
5	Коэффициент стабильности групп инвалидности (%)	Число инвалидов, у которых при переосвидетельствовании группа <u>инвалидности не изменилась</u> x 100 Переосвидетельствовано инвалидов всего
6	Коэффициент частичной реабилитации инвалидов (%)	Число инвалидов, перешедших из I группы во II + из I группы в III + из II группы в III x 100 Сумма переосвидетельствованных инвалидов I и II группы
7	Коэффициент полной реабилитации инвалидов (%)	Число инвалидов, признанных при переосвидетельствовании <u>трудоспособными</u> x 100 Всего переосвидетельствованных инвалидов
8	Коэффициент утяжеления инвалидности (%)	Число инвалидов, перешедших из II группы в I + из III группы в I + из III группы во II x 100 Сумма переосвидетельствованных инвалидов II и III групп
9	Признано инвалидами детей (0-17 лет) впервые в жизни (на 10 тыс. детского населения) (Инвалиды-дети – дети, признанные инвалидами). (Инвалиды с детства – дети и взрослые, признанные инвалидами с детства).	Число детей (0-17 лет) впервые в жизни <u>признанных инвалидами</u> x 10000 Численность детского населения (0-17 лет)
10	Признано инвалидами детей (на 10 тыс. детского населения)	Число детей (0-17 лет), <u>признанных инвалидами</u> x 10000 Численность детского населения (0-17 лет)
11	Доля детей-инвалидов в данной возрастной группе (в %)	Число детей инвалидов в <u>данной возрастной группе</u> x 100 Всего инвалидов детей
12	Доля детей-инвалидов от данной причины (в %)	Число детей инвалидов от <u>данной причины</u> x 100 Всего инвалидов детей

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

- Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года (с поправками от 30.12.2008г.);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с последними изменениями от 20.07.2012г.);
- Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (с последними изменениями от 21.07.2010г.);
- Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» (с последними изменениями от 03.12.2011г.);
- Постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 года № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с последними изменениями от 16.04.2012г.);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. N 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 года № 77 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (с последними изменениями от 28.10.2009г.);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 декабря 2006 г. N 874 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения» (с последними изменениями от 28.10.2009г.);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 апреля 2012 г. N 373н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 ноября 2010 г. N 1031н «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления».

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Перечислите виды медицинской экспертизы и дайте им определение.
2. Каковы основные принципы организации экспертизы трудоспособности?
3. Дайте классификацию нарушений трудоспособности человека по степени и характеру.
4. Какие вы знаете критерии нетрудоспособности?
5. Что является основными задачами врачебно-трудовой экспертизы?
6. Дайте определение экспертизе временной нетрудоспособности и назовите уровни ее проведения.
7. Назовите звенья управления экспертизой временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях?
8. Каковы функции лечащего врача при экспертизе временной нетрудоспособности?
9. Кто имеет и не имеет право на выдачу документов, удостоверяющих нетрудоспособность?
10. Каков порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность?
11. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, при карантине, при протезировании, по беременности и родам?
12. Каков порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу?
13. Дайте определение стойкой утраты трудоспособности, каким рядом факторов она определяется?
14. Какими учреждениями проводится медико-социальная экспертиза? Что является основными их задачами?
15. Каковы функции БМСЭ и ГБМСЭ?
16. Каков порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу?

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БМСЭ - бюро медико-социальной экспертизы;
- ВК - врачебная комиссия;
- ВН - временная нетрудоспособность;
- ГБМСЭ - главное бюро медико-социальной экспертизы;

- ЗВУТ - заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- КЭР - клинико-экспертная работа;
- ЛН - листок нетрудоспособности;
- ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение;
- МКБ-10 - международная классификация болезней (10 пересмотра)
- МСЭ - медико-социальная экспертиза;
- РФ - Российская Федерация;
- ФЗ - Федеральный Закон;
- ФСС - фонд социального страхования;
- ЭВН - экспертиза временной нетрудоспособности

8. Вопросы по теме занятия

1. Каковы основные принципы организации экспертизы трудоспособности?

Компетенции: ПК-7

2. Дайте классификацию нарушений трудоспособности человека по степени и характеру.

Компетенции: ПК-7

3. Какие вы знаете критерии нетрудоспособности?

Компетенции: ПК-7

4. Что является основными задачами врачебно-трудовой экспертизы?

Компетенции: ПК-7

5. Дайте определение экспертизе временной нетрудоспособности и назовите уровни ее проведения.

Компетенции: ПК-7

6. Назовите звенья управления экспертизой временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях?

Компетенции: ПК-7

7. Каковы функции лечащего врача при экспертизе временной нетрудоспособности?

Компетенции: ПК-7

8. Кто имеет и не имеет право на выдачу документов, удостоверяющих нетрудо-способность?

Компетенции: ОПК-6

9. Каков порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетру-доспособность?

Компетенции: ОПК-6

10. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, при карантине, при протезировании, по беременности и родам?

Компетенции: ОПК-6

11. Каков порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу?

Компетенции: ПК-7

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕШЕНИЕ КАКОГО ВОПРОСА ВХОДИТ В КОМПЕТЕНЦИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ?:

- 1) продление листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней;
- 2) диспансеризация длительно и часто болеющих пациентов;
- 3) выдача листков нетрудоспособности работающему населению;
- 4) установление сроков и причин инвалидности;

Компетенции: ОПК-5

2. К ДОКУМЕНТАМ, УСТАНОВЛЕННОЙ ФОРМЫ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН ОТНОСИТСЯ.:

- 1) санаторно-курортная карта;
- 2) листок нетрудоспособности;
- 3) карта выбывшего из стационара;
- 4) карта амбулаторного больного;

Компетенции: ПК-7

3. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ.:

- 1) по уходу за взрослым членом семьи при лечении в амбулаторных условиях;
- 2) по уходу за взрослым членом семьи, находящимся в стационаре;
- 3) при возникновении нетрудоспособности в период очередного отпуска;
- 4) при протезировании в условиях стационара;

Компетенции: ПК-7

4. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН::

- 1) граждан, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительным причинам;
- 2) гражданам, признанными безработными и состоящими на учете в территориальных органах труда и занятости населения;
- 3) гражданам, у которых нетрудоспособность наступила через два месяца после увольнения с работы по собственному желанию;
- 4) бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил РФ при наступлении нетрудоспособности в течение месяца после увольнения;

Компетенции: ПК-7

5. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ЛИЧНОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТА ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ::

- 1) в день обращения больного за медицинской помощью;
- 2) в день установления факта временной нетрудоспособности;
- 3) в день установления диагноза;
- 4) после проведения лабораторно-диагностических мероприятий;

Компетенции: ПК-7

6. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ГРАЖДАНИНУ, У КОТОРОГО НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ НАСТУПИЛА В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЧНОГО СРОКА ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА?:

- 1) листок нетрудоспособности;
- 2) справка произвольной формы;
- 3) справка 095у;
- 4) никакой документ не выдается;

Компетенции: ПК-7

7. НА ДОЛЖНОСТЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН:

- 1) руководитель медицинской организации или его заместитель, имеющий высшее медицинское образование, соответствующий сертификат специалиста, в том числе по специальности Организация здравоохранения и общественное здоровье.;
- 2) только руководитель организации;
- 3) врач-терапевт или врач-педиатр участковый;
- 4) представитель министерства субъекта РФ;

Компетенции: ПК-7

8. НА ВЫДАЧУ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ИМЕЮТ ПРАВА МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ::

- 1) туберкулезных санаториев;
- 2) стационаров протезно-ортопедических организаций;
- 3) загородных профильных больниц долечивания;
- 4) станций скорой помощи;

Компетенции: ПК-7

9. ВРАЧИ ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКОЙ ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК:

- 1) не более 15 дней;
- 2) не более 5 дней;
- 3) не более 10 дней;
- 4) на весь срок лечения;

Компетенции: ПК-7

10. ПЕРВЫМ УРОВНЕМ ЭКСПЕРТИЗЫ ВН ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) заведующий отделением;
- 2) лечащий врач;
- 3) ВК ЛПУ;
- 4) главный специалист по экспертизе ВН;

Компетенции: ПК-7

11. ПРАВО ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ::

- 1) врачи врачебно-физкультурных диспансеров, не имеющих стационаров;
- 2) врачи, занимающиеся частной практикой при наличии лицензии;
- 3) врачи станций переливания крови;
- 4) врачи приемного отделения стационара;

Компетенции: ПК-7

12. МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СО СЛЕДУЮЩЕГО КАЛЕНДАРНОГО ДНЯ?:

- 1) может быть выдан по просьбе больного;

- 2) может быть выдан с разрешения главного врача;
- 3) не может;
- 4) может быть выдан с согласия пациента, обратившегося за мед. помощью в конце рабочего дня.;

Компетенции: ПК-7

13. ФЕЛЬДШЕР ИЛИ ЗУБНОЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЕДИНОЛИЧНО НА СРОК::

- 1) до 3 календарных дней;
- 2) до 5 календарных дней;
- 3) до 10 календарных дней;
- 4) до 30 календарных дней;

Компетенции: ПК-7

14. ТРЕТЬИМ УРОВНЕМ ЭКСПЕРТИЗЫ ВН ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) органы управления здравоохранения территории, входящей в субъект Федерации;
- 2) лечащий врач;
- 3) зав. отделением;
- 4) ВК ЛПУ;

Компетенции: ОПК-5

15. ВОПРОСЫ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ СРОКОВ, УСТАНОВЛЕННЫХ ИНСТРУКЦИЕЙ О ПОРЯДКЕ ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВН ГРАЖДАН, ВХОДЯТ В КОМПЕТЕНЦИЮ::

- 1) лечащего врача;
- 2) бюро медико-социальной экспертизы;
- 3) врачебной комиссии;
- 4) заведующего отделением;

Компетенции: ПК-7

16. ЕСЛИ ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ВОЗНИКЛА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОТПУСКА:

- 1) листок нетрудоспособности не выдается;
- 2) листок нетрудоспособности выдается, а отпуск продлевается на количество дней временной нетрудоспособности;
- 3) листок нетрудоспособности выдается, но отпуск не продлевается;
- 4) листок нетрудоспособности выдается, на число дней недостающих к очередному отпуску;

Компетенции: ПК-7

17. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ:

- 1) в период очередного отпуска;
- 2) в период отпуска по беременности и родам;
- 3) на период карантина;
- 4) в случае временного перевода на другую работу в связи с заболеванием туберкулезом;

Компетенции: ПК-17

18. РАБОТАЮЩИЕ ИНВАЛИДЫ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ТРУДОВОЙ РЕКОМЕНДАЦИИ В СЛУЧАЕ УХУДШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА НАПРАВЛЯЮТСЯ::

- 1) на врачебную комиссию;
- 2) на консультацию к зав. отделением;
- 3) на медико-социальную экспертизу;
- 4) на прием к участковому терапевту;

Компетенции: ПК-7

19. ЗАКЛЮЧЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УЧАЩЕМУСЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО ОТПУСКА ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ ВЫДАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ РЕШЕНИЯ::

- 1) заведующего отделением;
- 2) поликлиники по месту учебы;
- 3) врачебной комиссии ЛПУ;
- 4) главного врача;

Компетенции: ПК-7

20. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО?:

- 1) до 3 календарных дней;
- 2) до 15 календарных дней;
- 3) до 30 календарных дней;
- 4) до 5 календарных дней;

Компетенции: ПК-7

21. В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ, СРЕДНИХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ИХ ОТ УЧЕБЫ ВЫДАЕТСЯ::

- 1) справка произвольной формы;
- 2) листок нетрудоспособности;
- 3) никакой документ не выдается;
- 4) справка установленной формы;

Компетенции: ПК-7

22. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ::

- 1) возникновения временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания;
- 2) возникновения временной нетрудоспособности в период отпуска по беременности родам;
- 3) возникновения временной нетрудоспособности в период очередного отпуска;
- 4) возникновения временной нетрудоспособности в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком;

Компетенции: ПК-7

23. К ВИДАМ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) заболевание;
- 2) карантин;
- 3) протезирование;
- 4) инвалидность;

Компетенции: ПК-7

24. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ОБЩЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ВЫДАЕТСЯ:

- 1) на весь срок лечения;
- 2) на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня;
- 3) листок нетрудоспособности не выдается;
- 4) выдается справка произвольной формы;

Компетенции: ПК-7

25. ВЫДАЧА ЛИСТА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ПРОИЗВОДИТЬСЯ:

- 1) с 32 недель беременности;
- 2) с 30 недель беременности;
- 3) с 28 недель беременности;
- 4) с 22 недель беременности;

Компетенции: ПК-7

26. СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКОВ::

- 1) 120 календарных дней;
- 2) 156 календарных дней;
- 3) 140 календарных дней;
- 4) 70 календарных дней;

Компетенции: ПК-7

27. ФАКТ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У ИНОГОРОДНИХ ГРАЖДАН ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:

- 1) выдается листок нетрудоспособности;
- 2) выдается справка произвольной формы;
- 3) выдается листок нетрудоспособности с разрешения главного врача или его заместителя;
- 4) выдается направление на лечение по месту жительства;

Компетенции: ПК-7

28. СРОК ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩИМ ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ?:

- 1) на 3 дня, по решению ВК - до 7 дней;
- 2) на весь срок лечения;
- 3) до 10 дней, по решению ВК - на весь срок лечения;
- 4) листок нетрудоспособности не выдается;

Компетенции: ПК-7

29. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С УХОДОМ ВЫДАЕТСЯ::

- 1) по уходу за хроническими больными в период ремиссии;
- 2) в период отпуска по беременности и родам;
- 3) по уходу детьми старше 7 лет;
- 4) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;

Компетенции: ПК-7

30. В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ОТПУСКЕ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 3-Х ЛЕТ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ ЛИЦУ, ФАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ::

- 1) учреждением, в котором лечится мать;
- 2) участковым врачом территориальной детской поликлиники;
- 3) ВК территориальной детской поликлиники;
- 4) по согласованию с администрацией предприятия, на котором работает лицо, осуществляющее уход;

Компетенции: ПК-7

31. ПО УХОДУ ЗА ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В ПЕРИОД РЕМИССИИ::

- 1) листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения;
- 2) листок нетрудоспособности не выдается;
- 3) листок нетрудоспособности выдается на 3 дня;
- 4) листок нетрудоспособности выдается на 7 дней;

Компетенции: ПК-7

32. БОЛЬНОЙ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ ПО ПОВОДУ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЫ, НЕ ИМЕЯ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ СВЯЗЬ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ С ПРОИЗВОДСТВОМ. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ВН, ВРАЧ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ДЕЛАЯ ОТМЕТКУ::

- 1) «бытовая травма»;
- 2) «производственная травма»;
- 3) «травма на производстве со слов больного»;
- 4) «несчастный случай в быту»;

Компетенции: ПК-7

33. РАБОТНИКАМ ПРЕДПРИЯТИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА, ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТСЯ::

- 1) на 10 дней;
- 2) на 5 дней;
- 3) на весь период дегельминтизации;
- 4) листки нетрудоспособности не выдаются;

Компетенции: ПК-7

34. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ВЫДАЕТСЯ:

- 1) не более 30 календарных дней;
- 2) до 10 календарных дней;
- 3) листок нетрудоспособности не выдается;
- 4) на весь период протезирования;

Компетенции: ПК-7

35. ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ВЫДАЕТСЯ ЕДИНОВРЕМЕННО::

- 1) с 30 недель беременности на 140 календарных дней;
- 2) с 28 недель беременности на 140 календарных дней;
- 3) с 28 недель беременности на 154 календарных дней;
- 4) с 28 недель беременности на 194 календарных дня;

Компетенции: ПК-7

36. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ (ОДНОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ):

- 1) 40 календарных дней;
- 2) 16 календарных дней;
- 3) 70 календарных дней;
- 4) 90 календарных дней;

Компетенции: ПК-7

37. ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКОВ СОСТАВЛЯЕТ::

- 1) 156 календарных дней;
- 2) 140 календарных дней;
- 3) 180 календарных дней;
- 4) 90 календарных дней;

Компетенции: ПК-7

38. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ УСЫНОВЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВЫДАЕТСЯ НА СРОК:

- 1) на 140 календарных дней со дня рождения ребенка;
- 2) на 70 календарных дней со дня усыновления ребенка;

- 3) на 70 календарных дней со дня рождения ребенка;
- 4) листок нетрудоспособности не выдается;

Компетенции: ПК-7

39. ПРИ ОПЕРАЦИИ “ПОДСАДКА ЭМБРИОНА” ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ::

- 1) на весь период лечения (стимуляции, суперовуляции, пункции яичника и переноса эмбриона) до определения результата процедуры и проезда к месту медицинской организации и обратно.;
- 2) на 3 дня;
- 3) на 10 дней;
- 4) не более чем на 30 дней;

Компетенции: ОПК-6

40. ПРИ ОПЕРАЦИИ “ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ” ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ::

- 1) на весь период нетрудоспособности женщины;
- 2) на 7 дней;
- 3) листок нетрудоспособности не выдается;
- 4) на весь период нетрудоспособности женщины, но не менее 3 дней;

Компетенции: ПК-7

41. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ УСЫНОВЛЕНИИ ДВУХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК:

- 1) на 70 календарных дней со дня рождения;
- 2) на 110 календарных дней со дня рождения;
- 3) на 110 календарных дней со дня усыновления;
- 4) на 140 календарных дней со дня рождения;

Компетенции: ПК-7

42. КОРЕШКИ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ БЛАНКОВ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ХРАНЯТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

- 1) 1 год;
- 2) 2 года;
- 3) 3 года;
- 4) 5 лет;

Компетенции: ПК-7

43. ИСПОРЧЕННЫЕ БЛАНКИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ХРАНЯТСЯ В ЛПУ В ТЕЧЕНИЕ:

- 1) до конца календарного года, корешки испорченных бланков - в течение трех лет;
- 2) в течение двух лет;
- 3) в течение трех лет;
- 4) испорченные бланки не подлежат хранению;

Компетенции: ПК-7

44. В ГРАФЕ «РЕЖИМ» ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С КАРАНТИНОМ УКАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) санаторный;
- 2) стационарный;
- 3) амбулаторный;
- 4) постельный;

Компетенции: ПК-7

45. НЕ ИМЕЕТ ПРАВА НА ВЫДАЧУ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (СПРАВОК) МЕД. РАБОТНИКИ:

- 1) врачи муниципальной системы здравоохранения;
- 2) врачи туберкулезных санаториев;
- 3) врачи домов отдыха, туристических баз;
- 4) частнопрактикующие врачи при наличии лицензии на ЭВН;

Компетенции: ПК-7

46. ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ СПРАВКИ УЧАЩЕГОСЯ (ФОРМА №095У)::

- 1) юридическая;
- 2) финансовая;
- 3) экономическая;
- 4) социальная;

Компетенции: ПК-7

47. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ::

- 1) обострения хронического заболевания;
- 2) при лечении алкоголизма, наркомании в условиях анонимности;
- 3) возникновения острого заболевания;

4) оперативного вмешательства;

Компетенции: ПК-7

48. ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ХАРАКТЕРУ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА::

- 1) полную и частичную;
- 2) медицинскую и социальную;
- 3) временную и стойкую;
- 4) первичную и вторичную;

Компетенции: ПК-7

49. НАЛИЧИЕ ЛИЦЕНЗИИ, ДАЮЩЕЙ ПРАВО ЗАНИМАТЬСЯ ЭКСПЕРТИЗОЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ::

- 1) врачей ЛПУ, независимо от уровня и профиля;
- 2) частнопрактикующих врачей;
- 3) средних мед. работников;
- 4) врачей станций скорой помощи;

Компетенции: ОПК-6

50. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МОМЕНТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) изучение условий труда больного;
- 2) характер заболевания;
- 3) определение клинического и трудового прогнозов;
- 4) определение противопоказаний труду;

Компетенции: ПК-7

51. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО 12 МЕСЯЦЕВ ВОЗМОЖНО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ:

- 1) онкологические заболевания;
- 2) туберкулез;
- 3) инфаркт миокарда;
- 4) язвенная болезнь желудка;

Компетенции: ПК-17

52. ДОКУМЕНТ КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ЖЕНЩИНЕ, У КОТОРОЙ ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ НАСТУПИЛ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЧНОГО СРОКА ПОСЛЕ УВОЛЬНЕНИЯ С РАБОТЫ ПО УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ?:

- 1) справка произвольной формы;
- 2) листок нетрудоспособности;
- 3) никакой документ не выдается;
- 4) доплатный листок нетрудоспособности;

Компетенции: ПК-7

53. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ::

- 1) со дня окончания указанного отпуска;
- 2) выдается справка произвольной формы;
- 3) со дня обращения к врачу;
- 4) со дня наступления нетрудоспособности;

Компетенции: ПК-7

54. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ::

- 1) только матери;
- 2) одному из родителей;
- 3) не выдается;
- 4) одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход;

Компетенции: ПК-17

55. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ, НАХОДЯЩИМСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ?:

- 1) на срок до 3 дней;
- 2) на срок до 10 дней;
- 3) на срок до 7 дней;
- 4) на срок до 15 дней;

Компетенции: ПК-17

56. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ ВЫДАЕТСЯ:

- 1) женской консультацией, где наблюдалась женщина;
- 2) участковым терапевтом поликлиники;
- 3) листок нетрудоспособности не выдается;
- 4) лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды;

Компетенции: ПК-7

57. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ - ЭТО::

- 1) вид социальной экспертизы, основной целью которой является оценка проводимого лечения;
- 2) вид социальной экспертизы, основной целью которой является оценка возможности осуществлять профессиональную деятельность;
- 3) вид медицинской экспертизы, основной целью которой является определение степени и сроков ВУТ;
- 4) вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков ВУТ;

Компетенции: ПК-7

58. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВН У РАБОТАЮЩИХ ИНВАЛИДОВ?:

- 1) выдается листок нетрудоспособности на общих основаниях, но не более 4 месяцев подряд или пяти в календарном году;
- 2) выдается листок нетрудоспособности с разрешения ВК;
- 3) листок нетрудоспособности не выдается;
- 4) листок нетрудоспособности не выдается с направлением на медико-социальную экспертизу;

Компетенции: ПК-7

59. ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО?:

- 1) врачи станции переливания крови;
- 2) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы;
- 3) врачи стационаров протезно-ортопедических предприятий;
- 4) врачи туристических баз;

Компетенции: ПК-7

60. ВОПРОСЫ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ РЕШАЕТ:

- 1) заведующий отделением;
- 2) лечащий врач;
- 3) главный врач;
- 4) ВК;

Компетенции: ПК-17

61. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН НА СРОК:

- 1) до 4 месяцев;
- 2) до 10 месяцев;
- 3) до 6 месяцев;
- 4) до 12 месяцев;

Компетенции: ПК-7

62. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЕДИНОЛИЧНО УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ НА СРОК?:

- 1) до 3 дней;
- 2) до 7 дней;
- 3) до 10 дней;
- 4) листок нетрудоспособности выдается только с разрешения КЭК;

Компетенции: ПК-7

63. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ВЫДАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ НА СРОК:

- 1) на 3 календарных дня;
- 2) до 15 календарных дней;
- 3) на 5 календарных дней;
- 4) на 30 календарных дней;

Компетенции: ПК-7

64. ОСНОВНЫМИ ВИДАМИ КЛИНИЧЕСКОГО И ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) положительный, отрицательный;
- 2) благоприятный, неблагоприятный, сомнительный;

- 3) определенный, неопределенный;
- 4) предварительный, окончательный;

Компетенции: ПК-7

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. На предприятии работают 3800 человек. Число случаев временной утраты трудоспособности 1700. Число дней ВУТ 32000.

Вопрос 1: Рассчитайте число дней ВУТ на 100 работающих;

Вопрос 2: Рассчитайте число случаев ВУТ на 100 работающих;

Вопрос 3: Рассчитайте среднюю продолжительность одного случая нетрудоспособности;

Вопрос 4: Заполните учетную форму N 025-12/У-10-СПБ;

Компетенции: ПК-7

2. При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности у больных с острыми респираторными вирусными инфекциями было установлено, что в течение 5 дней болели 5 человек, 6 дней – 5; 7 дней – 5; 8 дней – 2; 9 дней – 3; 10 дней – 5

Вопрос 1: Составить вариационный ряд;

Вопрос 2: Рассчитать среднюю арифметическую величину;

Компетенции: ПК-7, ПК-17, ПК-18, ОПК-5, ОПК-6

3. В связи с заболеванием больной лечился у частнопрактикующего врача. В связи с тяжелым стоматологическим заболеванием был нетрудоспособен 15 дней.

Вопрос 1: При каких необходимых условиях частнопрактикующий врач имеет право выдать листок нетрудоспособности?;

Вопрос 2: Какие существуют правила выдачи листка нетрудоспособности и как должен поступить врач в данном случае?;

Компетенции: ПК-7, ПК-17, ПК-18, ОПК-5, ОПК-6

4. Гражданке С. в октябре установили 2-ю нерабочую группу инвалидности. Но в феврале гражданка С. пожелала выйти на работу, так как функция передвижения частично восстановилась

Вопрос 1: Поясните порядок направления граждан для проведения МСЭ;

Вопрос 2: Уточните можно ли пройти переосвидетельствование на группу инвалидности раньше установленного законодательством срока;

Компетенции: ПК-7

5. Гражданин Р. инвалид 2 группы. Для оформления льгот на оплату квартиры в Управляющей организации попросили предоставить заверенную копию справки об инвалидности

Вопрос 1: Поясните, как получить копию Справки об инвалидности;

Вопрос 2: Уточните, в какие сроки готовится копия справки;

Компетенции: ПК-7

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Опишите виды медицинской экспертизы и дайте им определение.
2. Дайте классификацию нарушений трудоспособности человека по степени и характеру
3. Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность?

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- **дополнительная:**

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- **электронные ресурсы:**

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (<http://www.ffoms.ru/>)

1. Тема № 17. Реабилитация. (Компетенции: ПК-17, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Перед здравоохранением стоит первостепенная задача – сохранение и укрепление здоровья населения. Для этого необходимо знание современных подходов к реабилитации

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** методику расчета показателей медицинской статистики; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях, **уметь** давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности), оценить качество оказания медицинских услуг, организовать профилактическую работу с целевыми группами населения, определять понятия общественное и индивидуальное здоровье и факторов на них влияющих, **владеть** методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности, методиками положительной мотивации к здравоохранительному поведению среди населения, методикой разработки мероприятий по управлению факторами влияющими на общественное здоровье.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

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

Глава 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья

Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

1. Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

2. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

3. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

4. Санаторно-курортное лечение направлено на:

1) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;

2) восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

5. Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, перечень медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации"

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы организации медицинской реабилитации взрослого и детского населения на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

2. Медицинская реабилитация осуществляется с учетом заболеваемости и инвалидизации взрослого и детского

населения по основным классам заболеваний и отдельным нозологическим формам.

3. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации (далее - медицинские организации).

4. Медицинская реабилитация осуществляется в плановой форме в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

5. Медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях:

а) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

б) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

6. Медицинская реабилитация включает в себя:

а) оценку (диагностику) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;

б) формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования;

в) оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз.

7. Медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа:

а) первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации;

б) второй этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации);

в) третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому (медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

8. Пациентам, имеющим выраженное нарушение функции, полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющим перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), подтвержденной результатами обследования, медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, осуществляющих уход пациентов, и заключается в поддержании достигнутого или имеющегося уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

9. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза.

10. Реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии:

а) врачей - специалистов по профилю оказываемой медицинской помощи, врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача по медицинской реабилитации, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, медицинского психолога, медицинских сестер палатных отделения реанимации и интенсивной терапии, медицинских сестер палатных профильных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь; медицинских сестер кабинетов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

б) врача-рефлексотерапевта, врача мануальной терапии отделения (кабинета) реабилитации медицинской организации, отделения (кабинета) физиотерапии, отделения (кабинета) лечебной физкультуры, кабинета

рефлексотерапии, кабинета мануальной терапии; врача-травматолога-ортопеда, врача функциональной диагностики, врача ультразвуковой диагностики, врача-рентгенолога, врача-радиотерапевта, врача клинической лабораторной диагностики, врача-психиатра, врача-психотерапевта, врача-сурдолога-оториноларинголога, логопеда, учителя-дефектолога, осуществляющих контроль безопасности и эффективности проведения реабилитационных мероприятий (дополнительно по показаниям);

в) специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, учителей-дефектологов).

11. Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с профилем заболевания пациента для определения индивидуальной программы реабилитации пациента, осуществления текущего медицинского наблюдения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

12. В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи медицинская реабилитация может осуществляться в выездной форме. Выездная бригада медицинской реабилитации, в состав которой входят врач - специалист по профилю оказываемой помощи (по показаниям), врач по лечебной физкультуре (либо инструктор-методист по лечебной физкультуре), медицинская сестра, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу (по показаниям), логопед (по показаниям), медицинский психолог, специалист по социальной работе (по показаниям), оказывает плановую реабилитационную помощь пациентам на основании решения врачебной комиссии по реабилитации медицинской организации.

Специалисты, входящие в состав выездной бригады медицинской реабилитации, должны пройти подготовку по программе повышения квалификации по вопросам организации и методам реабилитационного лечения соответствующего профиля.

13. В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или иных врачей-специалистов со специалистами выездной бригады медицинской реабилитации.

В амбулаторных условиях врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты определяют наличие медицинских показаний и противопоказаний для проведения пациентам медицинской реабилитации; определяют этап реабилитации (второй или третий), определяют медицинские организации для проведения медицинской реабилитации.

При наличии медицинских показаний для проведения отдельных методов медицинской реабилитации в амбулаторных условиях или при необходимости выработки тактики медицинской реабилитации врач-специалист направляет пациентов на консультацию к врачу-физиотерапевту, врачу по лечебной физкультуре, врачу-рефлексотерапевту, врачу мануальной терапии, врачу-травматологу-ортопеду (для определения показаний для ортезирования), врачу-психотерапевту, медицинскому психологу, логопеду, учителю-дефектологу (для определения показаний к сурдопедагогической коррекции).

При направлении на консультацию пациент представляет медицинскую карту амбулаторного больного (медицинскую карту ребенка), выписку из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований.

Пациенты, нуждающиеся в медицинской реабилитации, направляются на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях при полном обследовании, отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов лечения, при наличии способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, отсутствии необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода со стороны среднего и младшего медицинского персонала.

Пациенты, нуждающиеся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи, в проведении высокоинтенсивной реабилитации, а также в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения (в том числе инвалиды, находящиеся на диспансерном наблюдении), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) в плановом порядке направляются в реабилитационные центры (отделения) по профилю оказываемой реабилитационной помощи (второй этап медицинской реабилитации).

При направлении в реабилитационный центр пациент представляет направление на консультацию и госпитализацию, выписку из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований, проведенного лечения, перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и целей проведения реабилитационных мероприятий.

Для пациентов, которые нуждаются в длительном проведении мероприятий по медицинской реабилитации, имеют подтвержденные объективными методами исследования перспективы восстановления или компенсации утраченной функции, но не могут самостоятельно передвигаться, медицинская реабилитация по показаниям может быть осуществлена на дому выездной бригадой медицинской реабилитации.

14. В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия лечащего врача и врачей-специалистов с врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, врачами-рефлексотерапевтами, врачами мануальной терапии, врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, логопедами, учителями-

дефектологами и другими специалистами, работающими в области медицинской реабилитации.

15. Реабилитационные мероприятия проводятся по показаниям в следующих помещениях медицинской организации в зависимости от этапа:

- а) в палате, где находится пациент, с использованием мобильного оборудования по лечебной физкультуре, по физиотерапии, психотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, логопедии;
- б) в кабинетах (залах) лечебной физкультуры, медицинского массажа, психотерапии, медицинской психологии, физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, логопеда, учителя-дефектолога и других кабинетах специализированного отделения;
- в) в отделениях (кабинетах) лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, психотерапии, медицинской психологии, дефектологии (логопедии).

Для медицинской реабилитации, проводимой в стационарных условиях (первый и второй этапы), направляются пациенты со значительными нарушениями функций при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), нуждающиеся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации.

Лечащий врач специализированного отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в рамках проведения реабилитационных мероприятий осуществляет следующие функции: определяет факторы риска и ограничивающие факторы для проведения реабилитационных мероприятий; осуществляет постоянное наблюдение за изменением состояния пациента и эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий с соответствующей записью в истории болезни; организует реализацию индивидуальной программы реабилитации пациента на основании заключения специалистов мультидисциплинарной реабилитационной бригады; осуществляет отбор и перевод пациентов в медицинские организации для продолжения проведения реабилитационных мероприятий.

16. Для продолжения медицинской реабилитации после выписки пациента из медицинской организации, осуществляющей оказание медицинской помощи в стационарных условиях, рекомендуется:

- а) направлять для медицинской реабилитации в стационарных условиях пациентов, нуждающихся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи, в проведении высокоинтенсивной реабилитации, а также нуждающихся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала);
- б) направлять для медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (третий этап) пациентов, способных к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительным прогнозам восстановления функций;
- в) направлять на медико-социальную экспертизу пациентов для оценки ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма и определения индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- г) направлять под периодическое наблюдение на дому выездной бригадой медицинской реабилитации пациентов, не имеющих перспективы восстановления функции (реабилитационного потенциала), с минимальным уровнем физических, умственных и психических способностей, нуждающихся в постоянном уходе;
- д) направлять в медицинские организации, осуществляющие уход пациентов преклонного возраста, не имеющих родственников (опекунов), не имеющих перспективы восстановления функции (реабилитационного потенциала), с минимальным уровнем физических, умственных и психических способностей, нуждающихся в постоянном уходе.

17. При направлении пациента на медицинскую реабилитацию оформляется выписка из медицинской карты стационарного больного с указанием результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, исследования уровня функциональных нарушений и степени приспособления к факторам окружающей среды, этапа реабилитации, факторов риска, факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, эффективности проведенного лечения, рекомендаций, реабилитационного прогноза, целей реабилитации.

18. Медицинская реабилитация в условиях санаторно-курортной организации осуществляется в специализированных отделениях физиотерапии, лечебной физкультуры, кабинетах мануальной терапии, рефлексотерапии, медицинского психолога, логопеда, учителя-дефектолога или отделениях реабилитации санаторно-курортных организаций соответствующего профиля.

19. Медицинская реабилитация осуществляется в соответствии с приложениями N 1 - 21 к настоящему Порядку.

Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 279н "Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения"

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации и оказания санаторно-курортного лечения взрослому и детскому населению в медицинских организациях (санаторно-курортными организациями) и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (далее - медицинская организация), на территории Российской Федерации.

2. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими

организациями в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах <1>.

<1> Статья 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ).

3. Санаторно-курортное лечение направлено на:

а) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;
б) восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

4. Санаторно-курортное лечение осуществляется в медицинских организациях всех форм собственности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5. Санаторно-курортное лечение осуществляется в санаторно-курортных организациях <1>:

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2013 г., регистрационный N 29950).

санаториях;

санаториях для детей, в том числе для детей с родителями;

санаториях-профилакториях;

курортной поликлинике;

грязелечебнице;

бальнеологической лечебнице;

санаторном оздоровительном лагере круглогодичного действия.

6. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, оказываемую в плановой форме.

7. Санаторно-курортное лечение основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности между медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

8. Санаторно-курортное лечение осуществляется при взаимодействии:

а) врачей - специалистов, врача-диетолога, врача-физиотерапевта, врача по лечебной физкультуре и иных врачей;

б) среднего медицинского персонала;

в) специалистов с высшим и средним немедицинским образованием (инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, иных специалистов).

9. Санаторно-курортное лечение осуществляется при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации <1>, которые определяются лечащим врачом по результатам анализа объективного состояния здоровья, данных предшествующего медицинского обследования и лечения (со сроком давности проведения не более 1 месяца до даты обращения гражданина к лечащему врачу).

<1> Статья 40 Федерального закона N 323-ФЗ.

10. Документом, подтверждающим наличие медицинских показаний и отсутствие медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, является справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение <1>, выданная медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

<1> Учетная форма 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160) (далее - Приказ N 834н).

11. Прием в медицинскую организацию на санаторно-курортное лечение осуществляется на основании следующих документов:

а) путевка на санаторно-курортное лечение;

б) санаторно-курортная карта <1>;

<1> Учетная форма 072/у "Санаторно-курортная карта", утвержденная Приказом N 834н.

в) санаторно-курортная карта для детей <1>;

<1> Учетная форма N 076/у "Санаторно-курортная карта для детей", утвержденная Приказом N 834н.

- г) документ, удостоверяющий личность;
- д) свидетельство о рождении (для детей в возрасте до 14 лет);
- е) полис обязательного медицинского страхования (при наличии);
- ж) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- з) договор (полис) добровольного медицинского страхования (при наличии);
- и) справка врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта с больными инфекционными заболеваниями (для детей).

12. Оформление направления на санаторно-курортное лечение и обмен копиями документов, указанных в пунктах "а", "г" - "ж" пункта 11 настоящего порядка, между медицинскими организациями может осуществляться с использованием информационно-коммуникационных технологий.

13. В целях санаторно-курортного лечения детей, предусматривающего круглосуточное пребывание в медицинской организации, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинская организация обеспечивает создание условий круглосуточного пребывания, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний.

14. При поступлении на санаторно-курортное лечение врач медицинской организации в течение 1 дня с даты прибытия:

- а) проводит осмотр пациента;
- б) по результатам проведенного осмотра, указанного в подпункте "а" настоящего пункта, и на основании сведений, указанных в пунктах 15 - 17 санаторно-курортной карты или пунктах 20 - 22 санаторно-курортной карты для детей, проводит оценку функциональных резервов организма и выявляет наличие (отсутствие) факторов риска и ограничений для выполнения отдельных медицинских вмешательств при санаторно-курортном лечении;
- в) составляет индивидуальную программу санаторно-курортного лечения;
- г) оформляет медицинскую карту пациента.

15. В случае неспособности к самостоятельному передвижению с использованием дополнительных средств опоры или самообслуживанию и необходимости индивидуального ухода санаторно-курортное лечение осуществляется при условии сопровождения одним из родителей или иным законным представителем, иным членом семьи на основании доверенности, заверенной в установленном порядке.

16. Лечащий врач санаторно-курортной организации осуществляет постоянное наблюдение за пациентом в период его нахождения в медицинской организации, контролирует изменения состояния здоровья и результаты воздействия оказываемых лечебных процедур, при необходимости корректирует назначения с соответствующей записью в медицинской документации.

17. Индивидуальная программа санаторно-курортного лечения составляется с учетом основного и сопутствующих заболеваний пациента и содержит:

- фамилию, имя, отчество (при наличии) и возраст;
- диагноз заболевания с указанием кода по МКБ <1>;

<1> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

режим дня;

лечебное питание (при круглосуточном пребывании);

консультации врачей-специалистов (по медицинским показаниям);

природные лечебные ресурсы (минеральные воды, лечебные грязи, рапа лиманов и озер, лечебный климат, другие природные объекты и условия, используемые для лечения и профилактики заболеваний);

немедикаментозная терапия (по медицинским показаниям): физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, мануальная терапия, психотерапия, рефлексотерапия.

18. Организация лечебного питания входит в число основных лечебных мероприятий <1> при осуществлении санаторно-курортного лечения в санаториях, санаториях для детей, в том числе для детей с родителями, санаториях-профилакториях и санаторных оздоровительных лагерях круглогодичного действия.

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 сентября 2003 г., регистрационный N 5073), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 октября 2005 г. N 624 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 ноября 2005 г., регистрационный N 7134), от 10 января 2006 г. N 2 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2006 г., регистрационный N 7411), от 26 апреля 2006 г. N 316 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 мая 2006 г., регистрационный N 7878) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 395н (зарегистрирован Министерством юстиции

Российской Федерации 5 июля 2013 г., регистрационный N 28995).

Лечебное питание осуществляется с соблюдением установленных норм <1>.

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 395н "Об утверждении норм лечебного питания" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июля 2013 г., регистрационный N 28995).

19. При возникновении острых заболеваний или обострения хронических заболеваний, требующих оказания специализированной медицинской помощи в период санаторно-курортного лечения, руководитель (лицо, его замещающее) медицинской организации обеспечивает направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в установленном порядке <1>.

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 2 февраля 2015 г., регистрационный N 35821), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 2015 г. N 598н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 сентября 2015 г., регистрационный N 38847).

После выписки из медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, разрешается продлевать срок санаторно-курортного лечения, указанный в путевке на санаторно-курортное лечение (ином документе), на дни вынужденной госпитализации при отсутствии медицинских противопоказаний для продолжения санаторно-курортного лечения.

Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, обусловленную острым заболеванием, травмой либо обострением хронического заболевания, возникшими в период нахождения на санаторно-курортном лечении, выдаются в установленном порядке <1>.

<1> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2011 г., регистрационный N 21286), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 января 2012 г. N 31н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 апреля 2012 г., регистрационный N 23739), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июля 2014 г. N 348н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2014 г., регистрационный N 33162).

20. Длительность санаторно-курортного лечения составляет от 14 до 21 дня.

В случае прибытия в медицинскую организацию позднее срока, указанного в путевке на санаторно-курортное лечение, без уважительных причин (стихийное бедствие, заболевание или иные обстоятельства, не зависящие от воли сторон), решение о возможности проведения санаторно-курортного лечения принимается руководителем (лицом, его замещающим) медицинской организации при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

Срок пребывания в медицинской организации, указанный в путевке на санаторно-курортное лечение, может быть скорректирован медицинской организацией с учетом дней отсутствия (опоздания) гражданина.

21. По завершении санаторно-курортного лечения лицу, проходившему санаторно-курортное лечение, или его законному представителю выдается обратный талон санаторно-курортной карты или обратный талон санаторно-курортной карты для детей, содержащий сведения о проведенном санаторно-курортном лечении, его эффективности, рекомендации по здоровому образу жизни.

22. Обратный талон санаторно-курортной карты или обратный талон санаторно-курортной карты для детей направляется медицинской организацией в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту или санаторно-курортную карту для детей.

23. В случае, если санаторно-курортное лечение проведено в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, медицинская организация при выписке пациента из медицинской организации дополнительно оформляет документы в установленном порядке <1>.

<1> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. N 617 "О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 27 октября 2005 г., регистрационный N 7115), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 2015 г. N 598 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 сентября 2015 г., регистрационный N 38847).

24. Санаторно-курортное лечение взрослого и детского населения осуществляется в медицинских организациях в

соответствии с приложениями N 1 - 18 к настоящему Порядку.

8. Вопросы по теме занятия

1. Какие положения Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентируют вопросы реабилитационной помощи населению.

Компетенции: ПК-17

2. Дайте определение понятия реабилитация.

Компетенции: ПК-17

3. Охарактеризуйте порядок медицинской реабилитации согласно Приказа Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации"

Компетенции: ПК-17

4. Каков алгоритм от разработки до полного выполнения индивидуальных программ реабилитации.

Компетенции: ОПК-6

5. Охарактеризуйте правила организации и оказания санаторно-курортного лечения взрослому и детскому населению в медицинских организациях согласно Приказа Минздрава России от 05.05.2016 N 279н "Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения"

Компетенции: ПК-17

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕАБИЛИТАЦИЯ - ЭТО::

- 1) комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных;
- 2) система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий;
- 3) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов;
- 4) комплекс социально-психологических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса;

Компетенции: ПК-17

2. РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА::

- 1) на борьбу с факторами риска;
- 2) на предупреждение возникновения заболеваний;
- 3) на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности;
- 4) на возвращение к профессии;

Компетенции: ПК-17

3. ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ::

- 1) превентивный;поликлинический;стационарный,санаторно-курортный, метаболический;
- 2) поликлинический,санаторно-курортный,метаболический;
- 3) превентивный;поликлинический;стационарный,метаболический;
- 4) превентивный;поликлинический,санаторно-курортный,метаболический;

Компетенции: ПК-17

4. УЧАСТВУЮТ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ КАКИЕ КАТЕГОРИИ ЛИЦ ::

- 1) мед.работники;психологи;специалисты по социальной работе;экономисты;
- 2) педагоги,социальные работники;
- 3) психологи,юристы, социологи;
- 4) врачи, юристы, экономисты.;

Компетенции: ПК-17

5. ЗАДАЧЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ::

- 1) спасение жизни больного;предупреждение осложнений;
- 2) психологическая адаптация;
- 3) активная трудовая реабилитация;
- 4) восстановление социального статуса больного;

Компетенции: ПК-17

6. ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ::

- 1) борьба с факторами риска;
- 2) ликвидация остаточных явлений болезни;восстановление функциональной активности организма;
- 3) проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий;
- 4) лекарственное обеспечение;

Компетенции: ПК-17

7. ЗАДАЧИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ::

- 1) спасение жизни больного;
- 2) борьба с факторами риска возникновения заболевания;
- 3) трудовая адаптация больного в коллективе;
- 4) профилактика рецидивов болезни;

Компетенции: ПК-17

8. МЕТОДЫ, ИСПОЛЪЗУЕМЫЕ НА МЕТАБОЛИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ::

- 1) длительную диетическую коррекцию, ЛФК;
- 2) применение патогенетической терапии;
- 3) применение этиотропной терапии;
- 4) использование симптоматической терапии;

Компетенции: ПК-17

9. ИНВАЛИДНОСТЬ - ЭТО::

- 1) стойкая и длительная утрата трудоспособности;
- 2) ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты;
- 3) состояние ограниченной функциональной активности организма;
- 4) потребность в медико-социальной помощи;

Компетенции: ПК-17

10. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ ИНВАЛИДНОСТЬ::

- 1) состояние полного физического, душевного и социального благополучия;
- 2) физическое, душевное и социальное неблагополучие;
- 3) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
- 4) стойкая и длительная утрата трудоспособности;

Компетенции: ПК-17

11. ИНВАЛИД - ЭТО::

- 1) лицо с незначительными нарушениями здоровья;
- 2) лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
- 3) лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы;
- 4) лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма;

Компетенции: ПК-17

12. В КЛАССИФИКАЦИЮ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ПО СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВХОДЯТ:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV;

Компетенции: ПК-17

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной И., пенсионер 64г. находился на лечении с диагнозом мелкоочаговый инфаркт миокарда, после стационара отправлен на долечивание в кардиологический санаторий «Енисей».

Вопрос 1: На каком этапе реабилитации находится пациент?;

Вопрос 2: Показана ли данному пациенту трудовая реабилитация;

Компетенции: ПК-17

2. Больная, 56 лет, с диафизарным переломом левого бедра, 2 недели лежала на вытяжении, правильное сращение бедренной кости, нарастание костной мозоли, сейчас наложен гипс и переведена на амбулаторное долечивание. Лечение проходит с положительной динамикой.

Вопрос 1: На каком этапе реабилитации находится данная пациентка? Какие методы физической реабилитации максимально возможны в отношении больной?;

Вопрос 2: Какие виды реабилитации могут быть назначены на этом этапе?;

Вопрос 3: Каким этапом реабилитации может быть назначен следующим и какие курорты Красноярского края показаны пациентке?;

Компетенции: ПК-17, ОПК-6

3. Гражданин П. пенсионер выехал в г.Лесной., Свердловской области. 3 июня 2017 был госпитализирован в г.Лесном, в результате обнаружения тромба ему ампутировали ногу. Этот город закрытого типа, если он вернется сейчас в г.Красноярск по месту прописки, то вернуться назад в г. Лесной для оформления наследства не сможет. Родных в этом городе у него нет, чтобы заказать пропуск.

Вопрос 1: Расскажите порядок установления инвалидности;

Вопрос 2: Сможет ли гражданин П. оформить инвалидность по утере ноги через полгода, после операции при возвращении в г.Красноярск;

Компетенции: ОПК-6

4. Гражданин Б., находясь в очередном оплачиваемом отпуске, получил перелом правой ноги. Находился на стационарном лечении в течение 30 дней, затем выписан на амбулаторное лечение по месту жительства, где еще был нетрудоспособен 20 дней

Вопрос 1: Определить вид и степень нетрудоспособности;

Вопрос 2: На какой срок лечащий врач единолично может продлевать листок нетрудоспособности;

Вопрос 3: Что такое листок нетрудоспособности;

Вопрос 4: Функции листка нетрудоспособности;

Компетенции: ПК-17

5. Гражданке С. в октябре установили 2-ю нерабочую группу инвалидности. Но в феврале гражданка С. пожелала выйти на работу, так как функция передвижения частично восстановилась

Вопрос 1: Поясните порядок направления граждан для проведения МСЭ;

Вопрос 2: Уточните можно ли пройти переосвидетельствование на группу инвалидности раньше установленного законодательством срока;

Компетенции: ПК-17

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Особенности современного подхода к реабилитации
2. Реабилитация пожилых. Старение и долгожительство.
3. Порядок заполнения ИПР

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС Красноярского края) (<http://www.krasmed.ru/>)

Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (<http://www.ffoms.ru/>)

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 18. Экономическая сущность материально-технической базы ЛПУ: основные и оборотные средства. Издержки медицинской организации. Себестоимость медицинской услуги. Цены, ценообразование в здравоохранении. (Компетенции: ПК-17, ОПК-3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность темы занятия обусловлена быстрым развитием прикладных общественных наук, востребованностью квалифицированных специалистов в области учета и финансового анализа

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** определения понятий: основные средства, оборотные средства, износ, амортизация., **уметь** рассчитать износ основных средств., **владеть** методикой расчета стоимости запасов оборотных средств.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Основные средства - средства труда, которые вовлечены в процесс создания работ, услуг, сохраняют при этом натурально-вещественную форму, а свою стоимость на стоимость создаваемой услуги переносят частями по мере изнашивания. Эта часть выступает в виде процентных отчислений по мере износа.

К основным средствам относятся здания, сооружения и сопутствующая им инфраструктура (водопровод, канализация, вентиляция и т.д.), а также медицинское оборудование и аппаратура. В составе основных средств выделяют:

активную часть - то, что постоянно используется в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессе (аппараты, приборы, детали медицинской техники),

пассивную часть (здания, сооружения и т.д.) - то, что создает условия для работы активной части.

Соотношение активной и пассивной частей основных фондов составляет примерно один к четырем.

Существует четыре вида оценки основных средств: первоначальная, восстановительная, остаточная, ликвидационная.

Первоначальная - включает затраты на приобретение (сумма по договору), доставку (сумма за транспортные и строительно-монтажные работы; сумма за информационные и консультационные услуги, связанные с приобретением основных средств), сборы (регистрационные сборы, государственные пошлины, связанные с получением прав на объект; таможенные пошлины; налоги), хранение.

Восстановительная, это первоначальная стоимость с учетом переоценки (коэффициент переоценки определяется с учетом уровня инфляции).

Восстановительная оценка рассчитывается на средства труда с длительным сроком службы в целях сопоставимости цен двух периодов.

Остаточная = первоначальная - износ. Износ равен сумме амортизационных отчислений за период эксплуатации основного средства.

Ликвидационная = стоимость запасных частей, узлов, деталей, лома, реализованных после ликвидации основного средства.

Различают физический и моральный износ основного средства. Износ физический - это утрата технико-экономических свойств. Существует два вида методов, определяющие физический износ: по сроку службы и по техническому состоянию.

Износ моральный - преждевременное, до окончания срока физического износа, отставание оборудования по своей технической характеристике. Существует два метода оценки основных средств:

уменьшение стоимости основных средств в результате сокращения затрат труда на их восстановление,

уменьшение эффективности основных средств в результате внедрения новых.

Эффективное использование основных средств медицинского учреждения зависит от их рационального использования, на которое оказывает влияние множество факторов, обеспечивающих деятельность стационаров, поликлиник, реабилитационных центров и т.д. Этими факторами могут являться: физическая занятость койки, длительность госпитализации, остаточная стоимость медицинского оборудования, информационное обеспечение и компьютеризация лечебно-производственного процесса, нормативный режим работы оборудования, загруженность зданий медицинского учреждения, время и продолжительность проведения текущих и капитальных ремонтов зданий и оборудования и прочие. Содержание задач:

Виды основных средств, показатели использования основных средств, виды определения стоимости основных

средств и порядок их расчета, амортизационные отчисления, срок окупаемости, моральный износ и эффективность использования основных средств.

Учреждения здравоохранения выполняют работы и оказывают услуги, то есть относятся к сфере услуг. При этом медицинская услуга – это мероприятие, направленное на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющее самостоятельное законченное значение.

Оборотные средства – предметы труда, которые целиком потребляются в процессе выполнения работ и оказания услуг, изменяют свою натуральную форму и переносят свою стоимость на выполненную работу и оказанную услугу полностью. Оценка оборотных средств зависит от вида запаса: суточного, текущего и страхового.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дайте понятие основных средств медицинской организации и представьте в виде схемы их классификацию.

Компетенции: ОПК-3

2. Назовите виды определения стоимости основных средств медицинского учреждения

Компетенции: ОПК-3

3. Порядок расчета оценки основных средств медицинского учреждения

Компетенции: ОПК-3

4. Дать понятие оборотных средств медицинского учреждения и представить их классификацию.

Компетенции: ОПК-3

5. Назвать методы расчета запасов медикаментов и продуктов питания в медицинском учреждении, обеспечивающие бесперебойный лечебный процесс.

Компетенции: ОПК-3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЗДАНИЯ, СООРУЖЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТСЯ В СОСТАВ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ:

- 1) активную часть;
- 2) пассивную часть;
- 3) основную часть;
- 4) недвижимую часть;

Компетенции: ОПК-3

2. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ С УЧЕТОМ ПЕРЕОЦЕНКИ СОСТАВЛЯЕТ СТОИМОСТЬ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ:

- 1) восстановительную;
- 2) первичную;
- 3) остаточную;
- 4) правильного ответа нет;

Компетенции: ОПК-3

3. ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ:

- 1) производительность;
- 2) себестоимость;
- 3) фондоотдача;
- 4) рентабельность;

Компетенции: ОПК-3

4. АКТИВНАЯ ЧАСТЬ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ:

- 1) медикаменты;
- 2) компьютерная техника;
- 3) здания, сооружения;

Компетенции: ОПК-3

5. ЗАПАС, КОТОРЫЙ СОЗДАЕТСЯ НА СЛУЧАЙ НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОТКЛОНЕНИЙ В СНАБЖЕНИИ:

- 1) суточный;
- 2) текущий;
- 3) страховой;
- 4) общий;

Компетенции: ОПК-3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Определить коэффициент использования диагностического оборудования и срок его окупаемости, исходя из следующих данных: - срок износа 15 лет; - коэффициент простоя 0,2; - нормативное время на одно исследование 0,3 часа; - фактическое количество исследований 18 000; - календарный годовой фонд работы оборудования 3 114 час

Вопрос 1: Определить эффективный фонд времени работы оборудования;

Вопрос 2: Определить срок окупаемости;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

2. Указаны нормативы наркотических средств (ампулы) на одного больного в год: Наименование Норма Цена
Фентанил 0,005 % 2 млл 100 30,0 Морфин 1% 1млл 9 38,0 Промедол 2% 1млл 145 78,0 Промедол 1 % 1 млл 20 35,5 -
количество дней в месяце 30; - срок поставки 3 дня; - период финансирования 1 раз в месяц.

Вопрос 1: Определить суточный запас требуемых наркотических средств реанимационного отделения, исходя из следующих данных;

Вопрос 2: Определите страховой запас;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

3. Исходя из следующих данных: - затраты гастроэнтерологического отделения 350,0 руб.; - затраты терапевтического отделения 280,0 руб.; - количество коек гастроэнтерологического отделения 45; - количество коек терапевтического отделения 50; - продолжительность пребывания в гастроэнтерологическом отделении 10 дней; - продолжительность пребывания в терапевтическом отделении 11 дней; - затраты прачечной 620,0 руб.; - объем прачечных услуг гастроэнтерологического отделения 102 кг; - объем прачечных услуг терапевтического отделения 120 кг; - заполняемость отделений 100 %

Вопрос 1: Какие показатели не следует учитывать при расчете?

Вопрос 2: Распределить затраты прачечной на стоимость услуг гастроэнтерологического и терапевтического отделений;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

4. данных стоматологической клиники за февраль месяц: - количество рабочих дней в месяце 19 дней; - количество врачей в штате 12 чел; - количество пациентов в день на одного врача 8 чел. - получена выручка 273 600,0 руб.

Вопрос 1: Рассчитайте количество услуг;

Вопрос 2: Рассчитать цену стоматологической услуги, исходя из;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

5. Условия: - получена прибыль за дополнительный сервис по обслуживанию 4-х палат 20 000,0 руб.; - затраты по обслуживанию палат: - стоимость постельного белья 1 600, 0 руб.; - услуги связи 2 000,0 руб.; - стоимость коммунальных услуг 800,0 руб.; - заработная плата медицинского персонала с начислениями 35 000,0 руб.; - палаты двухместные. ОТВЕТ:

Вопрос 1: Рассчитайте количество услуг;

Вопрос 2: Рассчитать цену сервисной услуги;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Основные и оборотные средства, экономическая сущность материально-технической базы ЛПУ.

2. Издержки медицинской организации. Себестоимость медицинской услуги

3. Классификация затрат на оказание медицинских услуг

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

614.2 Э40 [Экономика здравоохранения](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Т. Д. Морозова, Е. А. Юрьева, Е. В. Таптыгина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 262 с.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)

1. Тема № 19. Абсолютные, относительные показатели экономических результатов деятельности медицинской организации. (Компетенции: ПК-17, ОПК-3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность темы занятия обусловлена быстрым развитием сферы платных медицинских услуг

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, определения основных экономических понятий, **уметь** дать оценку эластичности спроса на медицинскую услугу., **владеть** методикой расчета показателей экономических результатов деятельности медицинской организации.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Экономический результат - один из результатов финансово-хозяйственной деятельности организации здравоохранения,

заключительное последствие последовательности действий или событий, выраженных качественно или количественно.

Финансово-хозяйственная деятельность по своей природе двойственна:

- с одной стороны, она отражает технологическое назначение, связанное с оказанием услуг, отвечающим по количеству, качеству и срочности оказания требованиям рынка,
- с другой - должна обеспечивать реализацию вышеназванных требований при минимизации издержек организации.

Критерии оценки экономического результата:

- выручка от оказания услуг (реализации товаров) или доход;
- совокупные затраты на осуществление производственной деятельности организации;
- валовой доход;
- издержки упущенных возможностей;
- прибыль организации;
- рентабельность;
- уровень оплаты труда работников;
- остаток денежных средства на расчетном счете организации;
- кредиторская задолженность организации;
- дебиторская задолженность организации.

Экономический результат деятельности МУ более полно отражают следующие показатели: выручка, валовой доход, прибыль, чистая прибыль.

Но более важным является определение экономической прибыли, которая зависит не просто от выручки и затрат, но и от валового дохода и издержек упущенных возможностей.

Все приведенные показатели должны иметь тенденцию к росту, причем достигаться этот рост должен за счет увеличения количества, оказываемых услуг (прибыль) и (или) за

счет снижения затрат.

Относительным расчетным показателем при определении экономического результата является рентабельность, показатель рентабельности через себестоимость имеет влияние на размер цены отдельной медицинской услуги.

Расчет рентабельности - это один из видов оценки прибыльности или убыточности деятельности медицинского учреждения в рамках оказания платных услуг населению.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дать определение выручки медицинского учреждения

Компетенции: ОПК-3

2. Дать определение бухгалтерской, экономической и чистой прибыли

Компетенции: ОПК-3

3. Дать понятие валового дохода и издержек упущенных возможностей

Компетенции: ОПК-3

4. Дать понятие рентабельности медицинского учреждения и отдельной медицинской услуги

Компетенции: ОПК-3

5. Дать понятие точки рентабельности

Компетенции: ОПК-3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИБЫЛЬ В ЗАПЛАНИРОВАННОМ ОБЪЕМЕ:

- 1) бухгалтерская;
- 2) экономическая;
- 3) чистая;
- 4) валовая;

Компетенции: ОПК-3

2. ПРОИЗВЕДЕНИЕ ЦЕНЫ ОДНОЙ УСЛУГИ ОПРЕДЕЛЕННОГО ВИДА НА КОЛИЧЕСТВА УСЛУГ ЭТОГО ЖЕ ВИДА:

- 1) прибыль;
- 2) рентабельность;
- 3) выручка;
- 4) затраты;

Компетенции: ОПК-3

3. ИЗДЕРЖКИ УПУЩЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ:

- 1) затраты;
- 2) разница между возможными и фактическими издержками;
- 3) себестоимость;
- 4) переменные затраты;

Компетенции: ОПК-3

4. ЧИСТАЯ ПРИБЫЛЬ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - ЭТО:

- 1) прибыль в запланированном объеме;
- 2) прибыль после уплаты налогов;
- 3) прибыль после уплаты налогов с учетом издержек упущенных возможностей;
- 4) разница между возможными и фактическими издержками;

Компетенции: ОПК-3

5. ОТНОШЕНИЕ ЧИСТОЙ ПРИБЫЛИ К БАЛАНСОВОЙ СТОИМОСТИ ОСНОВНЫХ И ОБОРОТНЫХ СРЕДСТВ В ПРОЦЕНТНОМ ВЫРАЖЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- 1) прибыль;
- 2) валовый доход;
- 3) рентабельность услуги;
- 4) рентабельность учреждения;

Компетенции: ОПК-3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Рассчитать сумму бухгалтерской прибыли от предпринимательской деятельности, исходя из следующих данных: - произведено диагностических услуг 20; - стоимость одной услуги 480,0 руб.; - себестоимость выполнения одной услуги 415,0 руб.; - получен аванс в счет выполнения 3-услуг диагностического характера 2 000,0 руб.

Вопрос 1: Рассчитать сумму бухгалтерской прибыли от предпринимательской деятельности;

Вопрос 2: Чему равна выручка;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

2. Имеются данные: - фонд в основных средствах составляет 4500,0 тыс. руб.; - стоимость запасов медикаментов и расходных материалов 800,0 тыс. руб.; - получена выручка от выполненных платных медицинских услуг 42850,0 тыс. руб.; - затраты по выполнению услуг 2842,4 тыс. руб.; - уплачен налог на прибыль 20 %; - установленная МУ рентабельность учреждения 21,7 %.

Вопрос 1: Рассчитать сумму чистой прибыли от выполнения сервисных услуг;

Вопрос 2: Рассчитать сумму бухгалтерской прибыли от выполнения сервисных услуг;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

3. Условия: - выручка от выполнения сервисных услуг 200 000,0 руб.; - получены % по договору займа 5 000,0 руб.; - оплачены коммунальные расходы 20 000,0 руб.; - начислена амортизация на объекты ОС 4 800,0 руб. - начислена зарплата по ЕТС 85 000,0 руб.; - изменились размеры тарифных ставок, и сумма заработной платы составила 98 000,0 руб.

Вопрос 1: Рассчитайте издержки упущенных возможностей;

Вопрос 2: Рассчитать сумму экономической прибыли;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

4. Условия: - - получена выручка от выполненных платных услуг 4280,0 тыс. руб.; - затраты по выполнению услуг 2842,4 тыс. руб.; - уплачен налог на прибыль 20 % - выполнено услуг 120.

Вопрос 1: Какие условия для решения задачи не пригодятся;

Вопрос 2: Рассчитать рентабельность медицинской услуги;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

5. Данные: - фонд в основных средствах составляет 4500,0 тыс. руб.; - стоимость запасов медикаментов и расходных материалов 800,0 тыс. руб.; - получена выручка от выполненных платных услуг 4280,0 тыс. руб.; - затраты по выполнению услуг 2842,4 тыс. руб.; - уплачен налог на прибыль 20 % - выполнено услуг 120.

Вопрос 1: Имеет ли значение сколько услуг выполнила организация в данной задаче?;

Вопрос 2: Рассчитать рентабельность медицинского учреждения;

Компетенции: ПК-17, ОПК-3

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Укрепление здоровья населения современные проблемы профилактики. Определение понятия. Роль профилактики в современном здравоохранении. Основные виды профилактики. Применение принципов профилактики в работе практического врача. Критерии эффективности профилактической деятельности.
2. Издержки медицинской организации. Себестоимость медицинской услуги
3. Цены, ценообразование в здравоохранении
4. Абсолютные, относительные показатели экономических результатов деятельности медицинской организации
5. Оплата труда в учреждении здравоохранения
6. Смертность от болезней системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

614.2 Э40 [Экономика здравоохранения](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Т. Д. Морозова, Е. А. Юрьева, Е. В. Таптыгина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 262 с.

Лисицын, Ю. П. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

- электронные ресурсы:

Министерство здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/>)

Министерство здравоохранения Красноярского края (<http://www.kraszdrav.ru/>)

Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

1. Тема № 20. Оплата труда в учреждении здравоохранения. Групповая дискуссия . Итоговое занятие. (в интерактивной форме) (Компетенции: ПК-17, ОПК-3)

2. Разновидность занятия: анализ ситуаций

3. Методы обучения: метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): актуальность темы занятия обусловлена большим практическим значением знаний о системе оплаты труда медицинских работников, принципах формирования тарифной системы оплаты труда в ЛПУ.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** структуру организации управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, **уметь** дать оценку эластичности спроса на медицинскую услугу., **владеть** методикой расчета стоимости запасов оборотных средств., методикой расчета показателей экономических результатов деятельности медицинской организации.

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Оплата труда работников здравоохранения осуществляется по единой отраслевой системе независимо от ведомственной подчиненности организации, в которой они работают.

Система оплаты труда включает:

- тарифную систему (тарифные ставки и должностные оклады (ставки заработной платы) работников отрасли, устанавливаемые на основе тарификации и аттестации работников);
- систему доплат и надбавок за условия, отклоняющиеся от нормальных;
- систему стимулирующих выплат.

Существуют **тарифные** и **бестарифные** модели базовой оплаты труда.

Тарифная система оплаты труда представляет собой совокупность нормативов, с помощью которых осуществляются дифференциация и регулирование заработной платы в зависимости от качества, характера и условий труда. Она позволяет в определенной степени учитывать различия в квалификации работников, сложность, степень ответственности и интенсификации их труда, условия, в которых этот труд протекает.

Тарифная система оплаты труда включает в себя:

- тарифные ставки (оклады),
- тарифную сетку,
- тарифные коэффициенты.

Сложность выполняемых работ определяется на основе их тарификации.

Тарификация работ и присвоение тарифных разрядов работникам производится с учетом единого тарифно-квалификационного справочного работ и профессий рабочих, единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Указанные справочники и порядок их применения утверждаются в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

Тарифная система оплаты труда работников организаций, финансируемых из бюджетов всех уровней, устанавливается на основе единой тарифной сетки по оплате труда работников бюджетной сферы, утверждаемой в порядке, установленном федеральным законом, и являющейся гарантией по оплате труда работников бюджетной сферы. Тарифная система оплаты труда работников других организаций может определяться коллективными договорами, соглашениями с учетом единых тарифно-квалификационных справочников и государственных гарантий по оплате труда.

Бестарифная система оплаты труда, учитывает квалификационный уровень работника, характеризующий фактическую продуктивность медперсонала.

В настоящее время здравоохранение представлено в основном бюджетными ЛПУ, где все названные системы оплаты труда ориентированы на заданные бюджетным финансированием оплаты. Дополнительной к бюджетным средствам оплатой труда является часть прибыли, идущая на материальное поощрение, экономически обоснованным источником, которой являются платные медицинские услуги. Кроме того, дополнительные выплаты могут формироваться за счет экономии фонда оплаты труда (не укомплектованность штатов, внутриучрежденческие совмещения и т.д.), а также за счет средств обязательного медицинского страхования.

Кроме вышеназванных, выделяют **смешанную систему оплаты труда**. Она является наиболее современной, т.к. сочетает повременную и сдельную формы. Кроме того, она позволяет индивидуально подходить к оплате труда работников, гарантируя и обеспечивая лишь часть заработной платы.

Особенности оплаты труда в здравоохранении

В настоящее время здравоохранение представлено в основном бюджетными ЛПУ, где все названные системы оплаты труда ориентированы на заданные бюджетным финансированием оплаты. Дополнительной к бюджетным средствам оплатой труда является часть прибыли, идущая на материальное поощрение, экономически обоснованным источником, которой являются платные медицинские услуги. Кроме того, дополнительные выплаты могут формироваться за счет экономии фонда оплаты труда (не укомплектованность штатов, внутриучрежденческие совмещения и т.д.).

Все вышеназванные формы и системы оплаты труда могут быть применены в бюджетной сфере здравоохранения, которая в этом смысле характеризуется следующими особенностями:

- заработная плата в здравоохранении состоит из схемного должностного оклада (ставки), а также повышений, доплат и надбавок, предусмотренных действующим законодательством. Единая тарифная сетка определяет минимальный уровень оплаты труда. Трудовые доходы регулируются налогами и максимальными размерами не ограничиваются.
- администрации краев, областей, городов за счет средств соответствующих бюджетов могут направлять средства на дополнительное увеличение должностных окладов (ставок), размеров и видов повышений, доплат и надбавок сверх предусмотренных нормативными актами Правительства РФ.
- оплата труда в здравоохранении регламентируется приказом МЗ РФ от 15.10.99 № 377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения».
- заработная плата руководства, вспомогательных служб и подразделений регламентируется штатными нормативами, определенными приказом Министерства здравоохранения РФ от 09.06.2003г. № 230. Уровень оплаты этих категорий работников медицинского учреждения зависит от его квалификационной категории и группы оплаты труда руководителей, к которой относится данное медицинское учреждение.

Структура заработной платы представляет собой соотношение элементов, формирующих заработную плату.

Групповая дискуссия «Труд и формы его оплаты в России, настоящее, прошедшее и будущее».

Условие проведения дискуссии: необходимо базовое понимание о труде, системе его охраны, мотивации и оплаты. Безвозмездное оказание услуг (добровольчество).

1. Проанализировать основные формы оплаты труда медицинских работников.
2. Проанализировать основные факторы влияющие на оклад и стимулирующие выплаты.
3. Разобрать уровень оплаты труда медицинских работников в России и за рубежом.
4. Сопоставить потребительские цены на повседневное проживание и жизнедеятельность в разных странах.
5. Провести проблемную дискуссию, направленную на закрепление изучаемой темы. Сделать выводы.
6. Подвести итоги.

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите основные функции заработной платы
2. Назовите формы заработной платы
3. Дайте характеристику сдельной формы заработной платы, повременной формы заработной платы, назовите их виды
4. Дайте определение тарифной системы оплаты труда. Дайте определение бестарифной системы оплаты труда.
5. Перечислите основные источники формирования ФОТ
6. Перечислите первичные учетные документы, используемые для начисления заработной платы
7. Приведите порядок определения среднего дневного заработка
8. Назовите недостатки существующей системы оплаты труда в здравоохранении
9. Дайте определение дополнительным видам оплаты труда, применяемым в здравоохранении. Дайте определение доплат в здравоохранении, приведите классификацию.

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. НАДТАРИФНЫЕ ВЫПЛАТЫ В СТРУКТУРЕ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:

- 1) тарифные ставки и должностные оклады;
- 2) схема должностных окладов;

- 3) компенсационные выплаты;
 - 4) районный коэффициент;
2. ПРИ БЫСТРОМ ТЕМПЕ ИНФЛЯЦИИ СПРОСА НОМИНАЛЬНАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА:
- 1) увеличивается;
 - 2) уменьшается;
 - 3) не изменяется;
 - 4) не выплачивается;
3. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ЦЕН НА НЕКОТОРЫЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ ТОВАРЫ РЕАЛЬНАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА:
- 1) увеличивается;
 - 2) уменьшается;
 - 3) не изменяется;
 - 4) не выплачивается;
4. ЗАТРАТЫ НА ОПЛАТУ ТРУДА ОСНОВНОГО ПЕРСОНАЛА, В СООТВЕТСТВИИ СО ШТАТНЫМ РАСПИСАНИЕМ, В СТРУКТУРЕ КАЛЬКУЛЯЦИИ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОТНОСЯТСЯ К:
- 1) прямым расходам;
 - 2) косвенным расходам;
 - 3) не учитываются;
 - 4) предельным затратам;
5. ЗАТРАТЫ НА ОПЛАТУ ТРУДА ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ПЕРСОНАЛА, В СООТВЕТСТВИИ СО ШТАТНЫМ РАСПИСАНИЕМ, В СТРУКТУРЕ КАЛЬКУЛЯЦИИ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОТНОСЯТСЯ К:
- 1) прямым расходам;
 - 2) косвенным расходам;
 - 3) предельным затратам;
 - 4) необратимым затратам;
6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ ВЫПЛАТЫ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА:
- 1) оплату труда участковых врачей и мед. сестер;
 - 2) оплату труда гл. врачей, гл. бухгалтеров, экономистов;
 - 3) оплату дорогостоящих медикаментов;
 - 4) оснащение медицинским оборудованием;
7. ФОРМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ:
- 1) Трудовым кодексом РФ;
 - 2) Налоговым кодексом РФ;
 - 3) гражданским кодексом РФ;
 - 4) уголовным кодексом РФ;

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Имеются данные: - фонд в основных средствах составляет 4500,0 тыс. руб.; - стоимость запасов медикаментов и расходных материалов 800,0 тыс. руб.; - получена выручка от выполненных платных медицинских услуг 42850,0 тыс. руб.; - затраты по выполнению услуг 2842,4 тыс. руб.; - уплачен налог на прибыль 20 %; - установленная МУ рентабельность учреждения 21,7 %.

Вопрос 1: Рассчитать сумму чистой прибыли от выполнения сервисных услуг;

Вопрос 2: Рассчитать сумму бухгалтерской прибыли от выполнения сервисных услуг;

2. Имеются следующие данные: -износ здания 6 600,0 руб.; - износ оборудования 1 900,0 руб.; - продукты питания 18 000,0 руб.; - медикаменты 28 800,0 руб.; - командировочные 11 800,0 руб.; - мягкий инвентарь 8 000,0 руб.; - основной фонд оплаты труда 800 000,0 руб.; - количество коек в отделении 130; - средняя заполняемость 80 %; - прибыль от выполнения платных услуг составила 45 000,0 руб.

Вопрос 1: Рассчитать цену платных услуг отделения;

Вопрос 2: Укажите количество заполняемых коек в отделении;

3. Рассчитать сумму косвенных расходов, приходящихся на платные услуги, исходя из следующих данных: - выплачена заработная плата на сумму 1 200 000,0 руб.; - затраты на медикаменты составили 175 000,0 руб.; - износ мягкого инвентаря составил 12 000,0 руб.; - стоимость коммунальных услуг 57 000,0 руб.; - стоимость аренды транспортных средств 12 000,0 руб.; - представительские расходы 10 000,0 руб.; - командировочные расходы 50 000,0 руб.; - объем выполненных услуг в рамках ФОМС 970 000,0 руб.; - объем платных услуг 415 000,0 руб.

Вопрос 1: Рассчитать сумму косвенных расходов, приходящихся на платные услуги;

Вопрос 2: Рассчитайте общий объем выполненных услуг;

11. Примерная тематика НИРС по теме

- 1. Издержки медицинской организации. Себестоимость медицинской услуги
- 2. Цены, ценообразование в здравоохранении
- 3. Абсолютные, относительные показатели экономических результатов деятельности медицинской организации

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Медик, В. А. [Общественное здоровье и здравоохранение](#) [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. - (Учебник для мед. вузов).

- дополнительная:

614.2 Э40 [Экономика здравоохранения](#) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Т. Д. Морозова, Е. А. Юрьева, Е. В. Таптыгина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 262 с.

- электронные ресурсы:

Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru/>)

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр (ККМИАЦ) (<http://www.kmiac.ru/>)

Здоровая Россия (<http://www.takzdorovo.ru/>)